Nr. 4. 22. stycznia 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O trudnościach rozpoznawczych kiły wrodzonej [1]).

W szeregu prac, odczytów i demonstracyj naukowych o kile wrodzonej u dzieci, dokonanych od r. 1924 na terenie pedjatrji warszawskiej, starałem się obudzić zainteresowanie pedjatrów polskich przez wykazanie realnej częstości i ważnej roli kiły wrodzonej w klinice dziecka. Jak każda racjonalnie prowadzona agitacja tak i moja propaganda o fantomie kiły wrodzonej w Polsce nie jest jałowa w skutkach i jakkolwiek powoli i skąpo, niemniej stale przynosi owoce z drzewa, które dotąd mało w tym kierunku rodziło. Obudzenie zainteresowania rolą kiły musi logicznie prowadzić do potrzeby szukania kiły, a tem samem do częstszego rozpoznawania tej rozpowszechnionej choroby w wieku dziecięcym. Wyrazem potrzeby szukania kiły stał się przyjęty w praktyce szpitala naszego zwyczaj odruchowego notowania przez lekarza w każdej historji choroby tych faktów anamnestycznych i tych stygmatów klinicznych, któreby mogły rzucić światło na k o n s t y t u c j ę k i ł o w ą d z i e c k a. Obok tego prawo obywatelstwa zdobył sobie odruchowy zwyczaj obowiązkowego badania u każdego dziecka przyjętego do szpitala odczynu Wassermanna we krwi, a według potrzeby i w płynie mózgowym. W częstych przypadkach bada się także rodziców dziecka pod względem serologicznym. Tym melioracyjnym metodom uprawy kliniczno-laboratoryjnej przypisuję w skutku produktywny efekt statystycznie stwierdzonej większej częstości kiły wrodzonej u dzieci w ostatnich rocznikach szpitalnych. I tak gdy w 10-leciu 1913 — 1923 według statystyki szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie kiła wrodzona wynosiła zaledwie 0.1%, bo na 13.467 chorych dzieci — 14 przypadków dotyczyło kiły wrodzonej — to w latach 1928 — 9, 30 na materjale dzieci wewnętrznie chorych kiła wynosiła według rozpoznań lekarzy współpracujących ze mną 3%. Była więc dawniej kiła tak rzadka, jak ospa prawdziwa, której 12 przypadków przypadało na 13.467 dzieci. W świetle dzisiejszej statystyki przypadałoby na 13.467 dzieci — zgórą 400 kiłowych, a nie 14 kiłowych jak przed dziesięciu latami. Częstość kiły wzrosła więc według danych statystycznych naszego szpitala 30 razy w porównaniu z ubiegłem dziesięcioleciem. Według moich osobistych kontrol, którym dałem wyraz jeszcze w r. 1927 — odsetek kiły wrodzonej jest wśród dzieci jeszcze większy i zdaniem mojem wzrósł nie 30, ale 60 razy, i w stosunku do gruźlicy zajmuje połowę częstości gruźlicy.

W statystyce szpitala Karola i Marji za lata 1913—1923 gruźlica dziecięca występuje w 24%, gdy kiła w 0.1%. W statystyce W i t g e n s t e i n a B r o d n i t z a z Polikliniki Charité w Berlinie dla dorosłych wewnętrznie chorych przypada na gruźlicę 15%, na kiłę 7.54%.

Zjawisko wzrostu procentu kiły w okresie powojennym, jaki się uwidacznia w ostatnich statystykach szpitala Karola i Marji jest zjawiskiem paradoksalnem. Zważyć bowiem należy, że przeciwnie, w epoce powojennej na całym świecie stwierdza się obniżenie procentu kiły, jak to ze światowej ankiety *(Symposium)* z r. 1931 przeprowadzonej przez amerykańskie *Urologic a. Cutaneous Review* — dowodnie wynika. Paradoksalność zjawiska, zauważona przez nas na materjale dziecięcym, da się jedynie tłumaczyć przez fakt częstszej tendencji do rozpoznawania choroby obecnie, a niedoceniania dawniej.

O niedocenianiu roli kiły w pedjatrji świadczy fakt niezwykle rzadkich demonstracyj tej jednostki chorobowej na posiedzeniach naukowych Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego w Warszawie, a jeszcze mocniej charakter i treść dyskusji z okazji nielicznych demonstracyj przypadków kiłowych. Dyskusja ma zazwyczaj charakter sporu językowego. Na 253 przypadków chorobowych, demonstrowanych od 9 lat na posiedzeniach Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego przypadało 28 demonstracyj na kiłę wrodzoną; z tych 28 przypadków ja demonstrowałem 24 przypadków t. j. 8.5% z ogólnej liczby, a inni koledzy tylko 4 t. j. 1.5% z ogólnej liczby (253) przypadków. Fakty, te, zdaniem mojem, świadczą również o częstości kiły i o braku zainteresowania kiłą ze strony miejscowego świata pedjatrycznego.

Stwierdzenie częstości kiły wrodzonej w klinice dziecka jest faktem bardzo ważnym pod względem naukowym i społecznym i każde odkrycie kiły u dziecka pozornie zdrowego, lub neuroartretycznego nabiera cech prawdziwej rewelacji i rewolucji. Kto zna pobieżnie tylko historję medycyny, ten pamięta, jaką rewelacją i jaką rewolucją w medycynie stały się fenomenalne odkrycia kliniczne na temat kiły wrodzonej F o u r n i e r a. Było to w czasach, kiedy jeszcze ani pasorzyta kiły, ani serologicznych, lub biologicznych metod badania kiły nie znano. Odkrycie F o u r n i e r a stało się objawieniem, które cały świat lekarski rozbiło na dwa wrogie obozy. Dziś nikt nie wątpi, że F o u r n i e r zwyciężył. Odkrycie kiły utajonej jest nietylko ważniejszą funkcją pedjatry, niż prześwietlenie dziecka promieniami Roentgena, ale i *caeteris paribus* łatwiejszą do przeprowadzenia, zważywszy, że częstość infekcyj śródszpitalnych w każdym szpitalu dziecięcym utrudnia normalną i metodyczną możność korzystania z aparatu Roentgena dla wszystkich dzieci we wszystkich potrzebnych okolicznościach.

W myśl zasady M o n t a i g n e'a: *qui veut guerir son ingnorance, il doit la confesser,* wydaje mi się rzeczą pożyteczną poddać analizie najważniejsze przyczyny trudności, na jakie napotyka diagnostyka kiły wrodzonej.

Przyczyny zapoznania kiły przez pedjatrów są dość różne i skomplikowane. Pochodzą one częścią z winy lekarza t. j. z błędów rozumowania, lub cech charakteru lekarza, częściowo zaś są niezależne od niego, ale tkwią w trudnościach, związanych z cechą utajenia kiły oraz w przeciwnościach anamnestycznych nieuniknionych przy rozpoznawaniu tej choroby.

I. Przyczyny zapoznania kiły wrodzonej z winy błędów myślenia lekarskiego:

1) nadmierna specjalizacja pedjatryczna, 2) epizodyczne traktowanie przez lekarza incydentu kiły, 3) błędy terenoznawstwa t. j. nieumiejętność rozróżniania ważnych odkryć naukowych w medycynie od mniej ważnych, 4) mylne ustosunkowanie się do wyników prześwietlenia i odczynu Wassermanna, 5) przesądy o t. zw. triadzie Hutchinsona, 6) niedocenianie bogatego polimorfizmu kiły, 7) brak zrozumienia antagonizmu anatomji patologicznej i kliniki, 8) przesądne mieszanie pojęcia fenotypowej konstytucji kiłowej z genotypową konstytucją artretyczną, 9) przesądy o nieorganicznym charakterze „funkcjonalnych" zjawisk patologicznych, 10) mylne ustosunkowanie się do t. zw. kazuistyki klinicznej.

II. Błędy charakteru lekarza:

1) Lęk przed skutkami odkrycia kiły w rodzinie, która o tem nie chce wiedzieć, 2) lęk przed szukaniem kiły tam, gdzie już jest inna choroba dowodnie odkryta.

III. Przyczyny niezależne od winy lekarza:

1) Trudności rozpoznawcze w związku z utajeniem kiły, 2) trudności anamnestyczne, 3) brak tajemnicy lekarskiej w instytucjach społeczno-lekarskich.

I. B ł ę d y m y ś l e n i a l e k a r s k i e g o.

Pierwszą winę ponosi nadmierna specjalizacja i związany z nią upadek kliniki pedjatrycznej. Dopóki lekarz pedjatra nie uświadamia sobie, że wielką szkodę w wysiłkach jakiejkolwiek syntezy diagnostycznej wyrządza mu nadmierna specjalizacja pedjatryczna, dopóty klinika kiły wrodzonej nie może spotkać się z należytym rezonansem w obozie pedjatrycznym, ale znajdować będzie okolicznościowo przelotnych dzierżawców wśród internistów, neurologów, wenerologów, którym znowu ich nadmierna specjalizacja nie pozwoli na właściwe i wyczerpujące wyzyskanie interesu klinicznego. Już sama umiejętność zbierania i interpretowania wywiadów rodzinnych dziecka kiłowego służyć może za przykład niebezpieczeństwa wykształcenia specjalistycznego. Lekarz pedjatra powinien być na tyle ginekologiem, aby wiedzieć, że syfilis jest największym spędzaczem płodów i na tyle internistą, aby umieć ocenić ewentualne zmiany kiłowe w naczyniach u rodziców albo interpretować „nagłą śmierć" ojca, matki, dziadka czy babki. Lekarz pedjatra winien już przy zbieraniu wywiadów rodzinnych być także na tyle historykiem medycyny, aby pamiętać, że tak częsta choroba, jak tętniak tętnicy głównej tego, lub owego rodzica dziecka, był jeszcze przed kilkudziesięciu latami zaledwie tylko w 20% uważany za objaw k i ł y, że od czasów F o u r n i e r a procent kiłowej etjologji wzrósł

[1]) Według odczytu w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem w dniu 15. III. 1932 r.

do 70%, że wreszcie w epoce odczynu Wassermanna doszedł do 90%. Są to przykłady na fakt, że interpretacja anamnezy dziecka przez pedjatrę wkracza na każdym kroku w sąsiednie dziedziny medycyny i że wymaga myślenia niepedjatrycznego, ale ogólnolekarskiego.

Autystyczny typ myślenia specjalistycznego sprawia również, że pedjatra, odkrywszy często niechcący kiłę u dziecka, oddaje dziecko przez fałszywie rozumianą własną inkompetencję pod opiekę bardziej kompetentnego specjalisty wenerologa albo specjalisty eugenika. Brak męskiej wiary we własne siły stoi być może w związku z feminizmem pedjatrów warszawskich. Tak więc pedjatra, powołany z natury rzeczy do czuwania nad progiem życia ludzkiego, wynajmuje ten próg życia w rzekomo bardziej powołane ręce wenerologa, pozbawiając się całego interesu obserwacji tego ważnego dla rozwoju dziecka zakażenia. Postępuje tak, jakby leczenie kiły było epizodem równym leczeniu zapalenia rogówki, czy leczeniu zapalenia cewki moczowej. I rozpoznanie i obserwacja i leczenie dziecka kiłowego winno być punktem ambicji rasowego pedjatry, bo kiła nie jest epizodem, podobnym do *panaritium*, ale mniej lub więcej ciężkiem ogólnem zakażeniem ustroju, którego jednorazowa umiejętna kuracja nie zabezpiecza przed serją nawrotów. Jeżeli kontrola nawrotów w wieku dojrzałym będzie funkcją internisty, to oczywiście kontrola fizjopatologiczna całego okresu dziecięcego winna być ambicją pedjatry. W ramach dozwolonych przez pojęcie tajemnicy lekarskiej winien pedjatra oddać pacjenta swojego z końcem okresu pedjatrycznego w ręce internisty. Pedjatra nigdy nie ma powodu pozbawiać się ambicji rozpoznawczych kiły wrodzonej, pomny choćby na fakt, że jego, a nie innego lekarza, postawiło życie w wyjątkowo korzystnych dla diagnozy tego cierpienia warunkach. Uprzywilejowanym warunkiem niedostępnym np. dla internisty jest fakt łatwiejszej możności porozumienia się i zbadania żyjących rodziców dziecka. W wieku dojrzałym badanie rodziców jest zazwyczaj dla przeciętnego internisty niedostępne, albo w każdym razie utrudnione. A wiadomo, jak ważną rolę w sprawie rozpoznania kiły wrodzonej odgrywa umiejętne poznanie rodziców dziecka.

Oddawanie leczenia kiły wrodzonej w ręce wenerologów ma swoje źródło w błędzie terenoznawstwa w medycynie t. j. w nierozróżnianiu ważnych dla pedjatrji terenów od nieważnych. Teren kiły wrodzonej winien być równie ważny dla pedjatry, jak teren gruźlicy, i niewątpliwie ważniejszy, niż sztuka sporządzania zaprażek, czy maślanek dla oseska. *Eo ipso* odkrycia Hutinela, Fourniera czy Marfana zdają się być dla pedjatrji ważniejsze, niż dogmatyka szkód pokarmowych Finkelsteina. Ten błąd terenoznawczy stoi w związku z tradycją wychowania lekarskiego w Polsce, które nosi jeszcze ciągle piętno „szkoły niemieckiej". Zaniedbanie w wychowaniu lekarskiem epikurejskiego gościńca myśli latyńskiej jest niedomogą pojęć produktywności i utylitarności. Ignorowanie zdobyczy szkoły francuskiej na polu kiły wrodzonej jest dla pedjatrów w Polsce symbolem, o którym pisałem szeroko w r. 1927 w Nowinach Lekarskich, objawem nieumiejętności wyzysku wiedzy dla celów utylitarnych.

Corvisart przestrzegał słusznie lekarza, „aby się wystrzegał manji tłumaczenia wszystkiego. Lekarz winien wiedzieć, że przyroda, ukrywająca się w wielu swoich dziełach, ukrywa się specjalnie w chorobach. Lekarz powinien być obserwatorem przyrody, a nie jej konfidentem". Nauka o odporności płoniczej, oparta na zdyskredytowanym naukowo odczynie skórnym Dicka, wydaje mi się daleko posuniętą konfidencją z przyrodą, a nie jej obserwacją.

W odniesieniu do kiły źródłem nieporozumień dla wielu lekarzy zdaje się być nieustalone stanowisko w stosunku do badań pomocniczych szczególnie bakterjologicznych, rentgenologicznych i do odczynu Wassermanna.

Syfilografowie, akuszerzy i pedjatrzy są zgodni w tem, że dziś pod wpływem różnych czynników objawy kiły u noworodka i oseska ulegają stałej redukcji tak, że kiła wrodzona przyjmuje postać „pozorniejszą". To spowodowało potrzebę szukania środków pomocniczych silniejszych od Kliniki. Takim środkiem jest szukanie wprost krętka na powierzchni zmian skórno-śluzówkowych, w wydzielinach organicznych podczas życia, lub po śmierci.

Simond znajdował w smółce u noworodków czasem bardzo liczne krętki. Odkrycie to winno znaleźć zastosowanie w pedjatrji. Stümpke pod wpływem prac Fischla, Kubika, Weissa znajdował w wydzielinie powiekowej u noworodków obecność krętków kiłowych. Zagadnienie ich pochodzenia jest otwarte. Nie należy jednak przeceniać wartości, jaką przedstawiać może wynalezienie krętków w kile wrodzonej — i to nietylko dla rzadkości tego zjawiska, ale także ze względu na rolę, jaką zdaje się przypadać w patogenezie kiły wrodzonej — także zarazkowi niewidzialnemu.

Fakt Almkvista 12-letniej obserwacji zawsze zdrowej kobiety, która urodziła dziecko kiłowe, fakt Singera bliźniąt jednego zdrowego, drugiego kiłowego, fakt Levi'ego, Solaia żony syfilityka, która po szeregu poronień została zakażona kiłą od męża z okazji leczniczego przetaczania krwi mężowskiej, fakty stwierdzone przez Nayraca o istnieniu zmian morfologicznych plemnika oraz obecność krętków w nasieniu i zmian zapalnych jądra u mężczyzn kiłowych — wszystkie one upoważniają do zachowania pewnej rezerwy w dotychczasowych naszych nabytych opinjach o wyłącznie śródłożyskowem zakażeniu w kile wrodzonej.

Naukowe podstawy leczenia przeciwkiłowego opierają się również na pojęciu zarazka przesączalnego, bo na paradoksie Truffie'go, który odkrył, że nie bogate w krętki, ale właśnie wolne od krętków gruczoły zakażonego kiłą królika są dla innych zwierząt zjadliwe. To doświadczenie jest podstawą naukową dla wszystkich eksperymentów Levaditi'ego, który za kryterjum sterylizacji, osiągniętej arsenobenzolem czy bizmutem, przyjmował stan zjadliwości (wirulencji) gruczołów podkolanowych i śledziony zakażonego królika dla innego zwierzęcia.

Od roku 1895 systematyczne radjografje kostne dostarczyły wartościowej metody badania. Zmiany kostne w 1 roku są najczęstsze od urodzenia do końca 1 roku. Jest to b. wartościowy sposób badania, „bo na 100 sprawdzonych przypadków kiły w 1 roku w 70—75% istnieją zmiany kostne". „Należy żałować — pisze Péhu — że ta interesująca metoda tak produktywna nie zdobyła we Francji należytego uznania".

Zmiany *osteochondritis i periostitis* zjawiają się w pierwszych 6 mies. Krzywica jakkolwiek zaczyna się w 3 lub 4 miesiącu, to jednak charakterystyczne zmiany występują na kościach dopiero z początkiem drugiego półrocza. To samo tyczy się skorbutu, w którego przebiegu naokoło metafizy i diafizy powstają guzy krwawe podokostne bez kształtu regularnego, liściastego, właściwego kiłowemu zapaleniu okostnej.

Dużo dyskutowano na temat klasyfikacji schorzeń kostnych w kile wrodzonej pierwszego dzieciństwa. Klasyfikacja winna się opierać równocześnie na rentgenologji i na anatomji patologicznej. Między temi dwoma środkami badania należy szukać klasyfikacji. Można je dzielić na: 1) zmiany kiłowe chrząstki pośredniej, *osteochondritis* Wegner, Parrot, 2) kostniejące zapalenie okostnej, *periostitis ossificans* Fraenkel, 3) rozrzedzenia kostne, *rarefactiones osseae*, 4) wytwarzanie hiperplazji, *productio hyperplastica exuberans,* 5) taśmy poprzeczne metafizy i trzonu. Klaften, Priesel.

Osobną przyczynę zahamowania zdolności rozpoznawczej kiły przez pedjatrów stanowi ich ustosunkowanie się do zagadnienia odczynu Wassermanna. W tym kierunku obserwuje się dwa zasadnicze typy błędów myślenia. Jedni w mechaniczny sposób usiłują traktować odczyn Wassermanna jako jedyny wskaźnik „namacalny" kiły i w wypadkach dodatniego odczynu uznają realność kiły, w wypadkach ujemnego odczynu — odrzucają rozpoznanie kiły. Jedni każdy odczyn dodatni Wassermanna wiążą w ścisły związek przyczynowy z danemi objawami chorobowemi i popełniają mnóstwo pomyłek diagnostycznych, rozpoznając np. *meningitis luetica* tam, gdzie jest typowe *meningitis epidemica* albo *tuberculosa* u osobnika z konstytucją kiłową. Jest to ten sam bezkrytyczny sposób myślenia, który u dziecka z odczynem Pirqueta — każdą zmianę płucną każe uznawać za gruźlicę. Inni przeciwnie z wielkodusznem lekceważeniem przechodzą nad dodatnim odczynem Wassermanna, twierdząc, że on „niczego nie dowodzi", bo dodatni odczyn Wassermanna bywa nieswoisty w przebiegu całego szeregu chorób, jak w zapaleniu mózgu Economo, w wągrowatości, w przebiegu guzów złośliwych, w żółtaczkach i t. p. Są to opinje, które jakkolwiek naukowo nieuzasadnione, przyczyniają się do budzenia popłochu wśród lekarzy. W interesie poznania kiły wrodzonej leży potrzeba zorjentowania się w chaosie przesądów i zdobycia pewnych kapitalnych aksjomatów uznanych przez naukę zachodnio-europejską.

Za takie najważniejsze aksjomaty uważam potrzebę zrozumienia, że mimo wszystkie niedoskonałości badania serologicznego odczyn Wassermanna u każdego dziecka, przyjętego do szpitala, winien być odruchem dobrego wychowania lekarskiego, zupełnie takim, jak obowiązkowa kąpiel dla czystości każdego przyjętego dziecka bez względu na to, z jakiego środowiska społecznego i higienicznego dziecko przybyło. Dziecko, które w czasie epidemji duru brzusznego przybywa odurzone z wysoką gorączką i z osutką na brzuchu, ma prawdopodobnie dur. Mimo to należy u niego zbadać odczyn Wassermanna dla zasady, dla porządku, odruchowo. Nigdy bowiem niewiadomo, czy pod wpływem duru brzusznego, nie obudziła się u dziecka kiła, która od urodzenia mogła była być utajona. Podobnie rzecz się ma z każdem ciężkiem, czy banalnem zakażeniem. Interesujące przykłady na temat obudzenia kiły w przebiegu ostrych chorób zakaźnych przytacza ostatnio Stabrowski.

Za aksjomat należy uważać fakt, że o ile ujemny odczyn Wassermanna nie wyklucza kiły, o tyle dodatni zawsze jest swoisty

czyto we krwi czy w płynie mózgowo-rdzeniowym. Pogląd ten wypowiedział tak miarodajny uczony, jak Babiński.

Za aksjomat należy uważać fakt, że specjalnie kiła wrodzona bardzo często wykazuje ujemny odczyn Wassermanna. Queyrat w 86% stwierdza ujemnego Wassermanna. Nasza statystyka nie wiele różni się od statystyki Queyrata — mimo to uważamy za konieczne szukanie w każdym przypadku odczynu Wassermanna. Milian na materjale dorosłym i my na materjale dziecięcym wykazaliśmy dowodnie, jak często pod wpływem urazu infekcyjnego następuje u osobników z kiłą utajoną obudzenie kiły, lub tylko obudzenie odczynu Wassermanna, co nieraz jest równoznaczne z obudzeniem ukrytego zakażenia kiłowego.

Fernet, Roberti i Odinet[2]) stwierdzali reaktywację odczynu Wassermanna u dawnych syfilityków pod wpływem naświetlania skóry promieniami ultrafioletowemi.

Obowiązkowe wykonanie u każdego dziecka, przyjętego do szpitala, odczynu Wassermanna uważam za potrzebę odruchu lekarskiego. Postulat ten wypowiedziałem w r. 1927 w Polskiej Gazecie Lekarskiej. Podobne stanowisko zajmują autorowie francuscy. Z autorów niemieckich Schlesinger upomina się od szeregu lat o konieczne obowiązkowe badanie odczynu Wassermanna. We Lwowie we wzorowo prowadzonym Szpitalu Zakaźnym (doc. Lipińskiego) bada się u każdego chorego, bez względu na wiek, odczyn Wassermanna.

Oprócz odczynu Wassermanna posługujemy się w praktyce naszej szpitalnej i ambulatoryjnej odczynem skórnym na luotest, który jest wśród lekarzy warszawskich mało popularny. Przekonaliśmy się, że tak luetyna, jak luotest z Instytutu Serologicznego Prof. Paltaufa z Wiednia stosowane w ilości 0.1 cm^3 doskórnie, dając często po 24 do 48 godzinach w przebiegu kiły wrodzonej, zwłaszcza u dzieci starszych powyżej 4 lat odczyny dodatnie, przyczyniają się do ułatwienia rozpoznania.

Zgodnie z Alfredem Fesslerem[3]) i Teresą Kindler[4]) przekonaliśmy się, że w pierwszym roku życia odczyn na luotest u dzieci kiłowych jest zawsze ujemny. Autorowie wspomniani podkreślają, że zwłaszcza w kile trzeciorzędnej ocznej odczyn na luotest jest stale dodatni.

Komu wiadomo, że odczyn Wassermanna stanowi tylko w stosunku do paraliżu postępującego wyjątek i że przeciwnie w wiądzie rdzenia, w przebiegu tętniaków, kilaków i t. d. tak często zawodzi, ten nie będzie również przypisywał przesadnej wartości odczynom skórnym, bo byłby to zbyt jednostronny przesąd udzielający kredytu tylko metodom laboratoryjnym.

W stosunku do diagnostyki kiły wrodzonej istnieje inny przesąd nie laboratoryjny, ale rzekomo czysto kliniczny, który jednak zamiast ułatwiać, hamuje zdolności rozpoznawcze tej choroby. Mam na myśli szeroko rozpowszechniony przesąd o t. zw. klasycznym stygmacie kiły wrodzonej w postaci triady Hutchinsona. Istnieje przekonanie, że dziecko, dotknięte kiłą wrodzoną, powinno obowiązkowo oprócz zębów Hutchinsonowskich przedstawiać zapalenie rogówki i głuchotę. Mało znany jest fakt, że tak wytrawny znawca kiły, jak Audry stwierdził, że chorzy, właściciele zębów Hutchinsonowskich tylko w 10% są równocześnie dotknięci głuchotą i zapaleniem rogówki. Lekarze pedjatrzy zamiast skierować wysiłek diagnostyczny w kierunku szukania, lub kontrolowania nowych stygmatów — usiłują ograniczać wartość stygmatów kiłowych przez naiwne zastosowanie interpretacji *à la lettre* do pojęcia triady Hutchinsonowskiej. Przegląd piśmiennictwa zachodniego dowodzi, że zagadnienie stygmatów kiłowych bynajmniej nie przestało być aktualnem. O tem, że tak jest, świadczy nietylko bogactwo opisywanych nowych stygmatów kiły wrodzonej, ale także fakty takie, jak krytyczna analiza stygmatów kiłowych *ex post* u osób nawet już nieżyjących. Przykładem takiej analizy krytycznej jest praca w *Klin. Wochenschrift* Nr. 28, 1931, w której prof. Werther głównie na podstawie stygmatów czoła olimpijskiego i zgrubień sklepienia czaszkowego, jakie wykazywał odlew gipsowy z r. 1812 Beethovena — przyszedł do wniosku o realności kiły wrodzonej tego artysty. Głuchota jego rozpoczęta w 28 roku życia i śmierć w 57 roku życia na puchlinę brzuszną przy marskości wątroby oraz wynik sekcji wykonanej przez Wagnera pozwalają Wertherowi podobnie jak Schulzemu *(Münch. Med. Woch.* 1928) i Amerykaninowi Thayerowi — dojść do wniosków bardzo prawdopodobnych o kile wrodzonej u Beethovena.

Skoro uwzględnienie stygmatów kiłowych w stosunku do odlewów gipsowych mogło mieć znaczenie rozpoznawcze, to łatwo zrozumieć, jak ważne zastosowanie winna znaleźć obserwacja stygmatów w odniesieniu do żywych osób. Aby nabrać zaufania do wartości stygmatów, należy z jednej strony pamiętać, że w rozpoznawaniu niejednej choroby mały i skąpy szczegół kliniczny bywa niejednokrotnie cennym objawem pomocniczo-rozpoznawczym, z drugiej strony należy uwzględniać przypuszczalny mechanizm, powodujący powstawanie stygmatów. Wiadomo, że w wątpliwościach rozpoznawczych kokluszu jeden szczegół w postaci obrzęku powiek, albo w postaci owrzodzenia podjęzykowego rzuca cenne światło pomocniczo — diagnostyczne. Glaessner z Wiednia opisał ubytki nabłonka języka w jego tylnej powierzchni, po których rozpoznaje istnienie wrzodu żołądka. Nie znaczy to oczywiście, aby autor nie posługiwał się badaniem chemicznem, lub rentgenologicznem żołądka, czy dwunastnicy. Przy uwzględnieniu mechanizmu, powodującego powstawanie dystrofij kiłowych — należałoby mieć w pamięci, że jedne z nich uwarunkowane są ulubionem umiejscowieniem krętków u płodu (np. w szczęce, w fałdach skórnych narządów płciowych), inne są zejściem i skutkiem procesów zapalnych okostnych, czy stawowych, inne wreszcie są wyrazem zakażenia gruczołów dokrewnych. Jedne są konsekwencją widoczną zaburzeń krążenia lub odżywienia charakterystycznych tylko dla kiły, inne są wspólne także i innym zakażeniom. Rozpatrywane, każda z tych dystrofij, dysplazyj, aplazyj, czy malformacyj zosobna niezawsze ma znaczenie patognomoniczne, ale zgrupowane u jednego osobnika podsuwają rozpoznanie kiły. Jedne, jak sapka w pierwszych 4 miesiącach życia, jak obrzęk śledziony (zwykle i wątroby), jak porażenie rzekome Parrota, jak obrzęk jąder z wodniakiem *(hydrocele)* jak głowa pośladkowa i czoło olimpijskie — mają znamiona pewności, inne jak: ciąża bliźniacza, *hydramnion*, wielkie łożysko, *melaena, debilitas congenitalis*, wymioty nawykowe, malformacje sercowe, encefalopatje, noszą cechy prawdopodobieństwa. Jakkolwiek Voltaire mówił, że „dwadzieścia prawdopodobieństw nie może zrównoważyć jednej pewności" — i jakkolwiek żaden z izolowanych stygmatów, poszczególnie rozpatrywany, nie jest przekonywujący, to jednak w grupie pewnych faktów prawdopodobieństwa te ułatwiają nam poznanie prawdy.

W szeregu opisanych i demonstrowanych przeze mnie przypadków kiły wrodzonej miałem sposobność zwrócić między innemi uwagę na następujące stygmaty i dystrofje: zniekształcenia muszli usznych, zez, różnice barwikowe tęczówek, plamki barwikowe na siatkówce w postaci t. zw. *Tabakbestreuung*, blask oczu właściwy dla hipertyreoidyzmu, szczelina warg opisana przez Miliana, zboczenia przegrody nosowej, nos w postaci lornetki, ostrołukowy kształt podniebienia, lub jego perforacje. Osobny rozdział stanowią malformacje zębów. Bauer znajdował wyjątkowo liczne krętki w szczęce noworodków kiłowych. Fakt ten tłumaczyć może częstość anomalij spotykanych w tym dziale. Więc oprócz klasycznych zębów Hutchinsona widzi się zęby: *„en tournevis"*, zniekształcenie w postaci śruby, nierówności zębów, amorfizm zębów, brak zębów, mikrodencję, objaw Hissarda: w postaci wyrośli siekaczy i kłów górnych. Język przedstawia czasem bruzdy poprzeczne i ma charakter mosznowy *(scrotalis)*. Głowa, zamiast zwykłych cech pośladkowej, lub olimpijskiej, może przeciwnie być mała i jako *microcephalia* być wyrazem zakażenia gruczołów dokrewnych. Takim samym endokrynalnym objawem może być nadmierne, lub upośledzone owłosienie głowy, twarzy, tułowia, jako wyraz hiper- albo hipotyreoidyzmu.

Nie mniejszy interes dla poszukiwacza stygmatów przedstawiać może ręka szczególnie z powodu palców. Abstrahując od spostrzeżenia t. zw. ciepłej albo zimnej dłoni zależnie od hiper- albo hipotyreoidyzmu, obserwować można syndaktylje, bradydaktylje, polydaktylje, guzki Boucharda między I a II paliczkiem palców, jako wyraz niedomogi nadnercza, kiedy indziej uderza nadzwyczajna giętkość palców w związku z luźnością stawów jako wyraz elastopatji lub jako jeden z objawów t. zw. człowieka gumowego *(homme caoutchouc, Gummimensch)*, objaw ten jest świadectwem zakażenia przysadki. Kilkakrotnie demonstrowaliśmy objaw łuku liljowego na paznogciach opisany przez Miliana, oraz objaw skrócenia V palca Du Bois lub tegoż autora objaw kciuka w postaci rakiety. Sam zwróciłem uwagę na objaw asymetrji t. j. nierówności palców obu rąk u chorych z kiłą wrodzoną. Przekonałem się o istnieniu tego objawu *ex post* u niejednego chorego z dawno rozpoznaną kiłą wrodzoną i przekonałem się nietylko o łatwej możności przeoczenia tej dyskretnej anomalji przez trzecią osobę, ale także o tem, że malformacje te są przeważnie zupełnie nieznane samym „nosicielom". Dystrofje palców mogą występować obustronnie, lub jednostronnie, rodzinnie t. j. u rodzeństwa lub tylko u jednego członka rodziny[5]).

Sézary opisał jako stygmat brak lub zanik wyrostka mieczykowatego mostka. Jakkolwiek często spotykaliśmy się z tym objawem u dzieci kiłowych, to jednak zgodnie z Dubreuil Chambardelem i z Mestczerskim uświadamiamy sobie potrzebę krytycznego ustosunkowania się do tej dystrofji. Higomenakis zwrócił uwagę na objaw przez nas także obserwowany — zwiększenia wymiarów stawu obojczykowo-mostkowego, jako wy-

---

[2]) *Bull. de la Soc. fr. de Derm. et de Syph.* 10 Dec. 1931. p. 1493.

[3]) Fessler: Arch. f. Dermat. und Syphil. CLXIII, 2, 1931, p. 271.

[4]) Therese Kindler: Derm. Woch. XCII. Nr. 15. 1931., v. 598.

[5]) Wł. Mikułowski: O nowej postaci dystrofji w kile wrodzonej. Przegl. Derm. 4. 1932.

raz zejścia procesu zapalnego specyficznego. Wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, czy kolano koślawe, lub skrzywienie kręgosłupa ku przodowi mogą być, jak to wykazaliśmy na naszej kazuistyce, momentami ostrzegającemi w kierunku szukania kiły wrodzonej. Kilkakrotnie demonstrowaliśmy na posiedzeniach pedjatrycznych objaw rowka w bruździe pośladkowej Tourraine-Margeron, jako poronnej postaci rozszczepienia kręgosłupa *(spina bifida occulta)*. Żylaki, podobnie jak różne postacie ptozy, opadnięcia trzew, są wyrazem niedomogi przysadki, jak to już dawno wykazali byli S i c a r d i G a u g i e r. Jest to objaw endokrynalny elastopatji, schorzenia tkanki elastycznej ustroju i bez względu na to, czy żylaki umiejscowione są na głowie (na czole, na skroni, na nosie — jak to chciał F o u r n i e r), czy w innych miejscach ustroju, mogą budzić refleksję na temat zakażenia gruczołów dokrewnych przez krętek kiłowy.

Podobnym stygmatem o charakterze endokrynalnym — jest nadmierna chudość chorego *(macies luetica)*, objaw, na który pierwszy zwrócił uwagę M o u r i q u a n d, a który ja kilkakrotnie opisywałem z dołączeniem ryciny porównawczej chorych i zdrowych. Oczywiście do rzędu stygmatów endokrynalnych zaliczyć można różne postacie infantylizmów, akromikrji i hipotrofji. *Infantilismus hepaticus, renalis, intestinalis, pancreaticus.* Wątroba, jako wrota zakażenia kiłowego u dziecka, może być częstem źródłem infantylizmów, dowodząc równocześnie, że jest ona gruczołem nietylko zewnętrznym, ale i wewnętrznym t. j. dokrewnym. Postacie anemji, pseudoleukemji i zespołów śledzionowo-wątrobowych z dyskrazjami naczyń i krwi mają źródło również w charakterze „wrót zakażenia", właściwym dla wątroby w tem klasycznem krwiopochodnem zakażeniu. W roku 1931 starałem się wykazać na przykładach klinicznych rolę endokrynalną kiły w etjologji rozstrzeni oskrzelowych, które w rezultacie są nietylko postacią elastopatji endokrynalnej, ale i postacią stygmatu kiłowego. B r e n a s nazywa rozstrzenie oskrzelowe czwartym objawem triady Hutchinsona. Narządy rodne męskie i żeńskie bywają częstem siedliskiem anomalii i dystrofij. Tu należą u chłopców: wodniak *(hydrocele)*, wnętrostwo *(cryptorchismus)* — u dziewcząt dystrofje sromu, w postaci braku warg większych, lub mniejszych albo wogóle braku warg w związku z ulubionem zatrzymywaniem się krętków w fałdach rodnych u płodu (M i l i a n). Do stygmatów kiłowych demonstrowanych przeze mnie w Warszawie zaliczam przypadki wrodzonych wad serca, których patogenezę jakkolwiek niewątpliwie kiłową tłumaczą dwie teorje: jedna płodowa, druga zakaźna. „Każda z nich, jak mówi H u t i n e l ma znakomitych obrońców". Gdy pierwsza świadczy o współistnieniu innych malformacyj obok sercowej, druga tłumaczy powstanie malformacyj sercowych przez zapalenie wsierdzia płodowe *(endocarditis foetalis)*. Dok. nast.

PRACE ORYGINALNE.

Władysław ELMER. Lwów.

Badania przemiany jodu w ustroju ludzkim.

II.

Zachowanie się jodu we krwi i wydzielanie jego moczem po jednorazowem dożylnem wlaniu jodu nieorganicznego w hipotyreozach.

Z oddziału Wewn. I. Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Ordynator: Doc. Dr. W. C z e r n e c k i.

Podczynność lub zupełny brak czynności tarczycy, jednego z najważniejszych gruczołów zawiadujących gospodarką jodu w ustroju, wywołuje szereg zmian w przemianie jodu. Do najwybitniejszych objawów niedomogi przemiany jodowej należy zaliczyć wybitne obniżenie poziomu jodu endogennego we krwi, a w szczególności, jak to stwierdził S t u r m (1), bardzo wybitną zależność poziomu jodu we krwi i w moczu od czynników pokarmowych. Sturm wykazał bowiem u zwierząt z całkowicie wyciętą tarczycą, że po jednorazowym, obfitym posiłku pokarmowym poziom jodu we krwi podnosi się o 200—300%, podczas gdy u zwierząt i ludzi prawidłowych wzrost ten nie przekracza 15—20%. Natomiast jeśli głodzić przez kilka dni zwierzęta beztarczycowe, to pojawiają się zmiany w wydzielaniu jodu moczem, mianowicie spadek jodu do minimalnych ilości lub nawet wprost do zera, podczas gdy u zwierząt prawidłowych jod z moczu nigdy nie znika, utrzymując się na znacznym poziomie około 18 γ na dobę. Z powyższych doświadczeń Sturma widać, że ustrój beztarczycowy charakteryzuje bardzo wybitny brak regulacji jodu. Wychodząc z powyższych badań, należałoby się również spodziewać znaczniejszych zmian w oddziaływaniu poziomu jodu we krwi i w moczu po jednorazowem obciążeniu ustroju jodem nieorganicznym. Odnośne badania zostały przeprowadzone przez S t u r m a, M a u r e r'a i D u c r u e'a (2) oraz C o u r t h'a (3) na zwierzętach, zaś przez d e Q u e r v a i n'a i S m i t h'a (4) na ludziach. Sturm podawał doustnie 0.5 g KJ, poczem badał poziom jodu we krwi po upływie 24 godzin i po 4 dniach oraz wydzielanie jodu moczem po upływie 1, 2, 3 i 4 dni. Te próby wykazały, że wydzielanie jodu moczem w ustroju beztarczycowym nie odbiega zasadniczo od krzywej wydzielniczej jodu w ustroju zdrowym, a także poziom jodu we krwi nie różni się wybitnie od poziomu prawidłowego. M a u r e r i D u c r u e (2) przeprowadzali próby obciążeniowe u zwierząt beztarczycowych i, podobnie jak Sturm, nie mogli wykazać we krwi żadnych większych odchyleń od stanu prawidłowego. Badań w moczu nie wykonali. Bardzo ciekawe wyniki wniosły badania de Q u e r v a i n'a i S m i t h'a oraz C o u r t h'a. Badania de Quervain'a i S m i t h'a, przeprowadzone u kretynów i ludzi prawidłowych, wykazały, że poziom jodu we krwi, po tygodniowem obciążeniu ilością 0.1 g KJ, u kretynów nie ulega prawie zmianie, podczas gdy u ludzi prawidłowych stwierdza się wzrost jodu we krwi utrzymujący się przez kilka dni. Na podstawie tego autorowie ci wnioskują, że kretyni nie zatrzymują prawie nic z podanego jodu. Zaś w badaniach nad wydzielaniem jodu moczem po obciążeniu jodem w ilości 0.25—1 g KJ stwierdzili, że kretyni wydzielają jod szybciej i w większej ilości, aniżeli ludzie prawidłowi. Badania te, odbiegające zasadniczo od wyników doświadczeń poprzednio wymienionych autorów, zostały potwierdzone, jeżeli chodzi o zachowanie się jodu w moczu, w pracy Courtha nad zwierzętami beztarczycowemi. Courth podawał przez kilka dni zrzędu jod, w ilości zresztą znacznie mniejszej (10,000 γ J jako KJ) i obserwował zachowanie się jodu w mleku, w moczu i w kale. Badań we krwi nie przeprowadził. Autor ten stwierdził, że wydzielanie jodu u beztarczycowych kóz jest szybsze i większe.

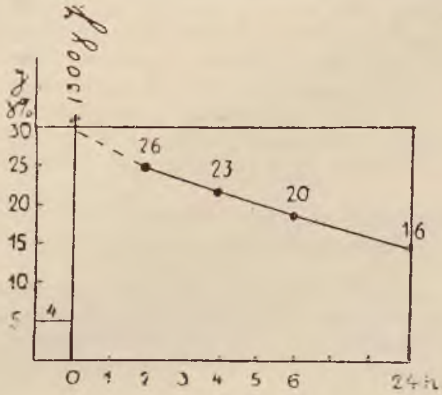
Widzimy zatem, że badania powyższych autorów nie są zgodne. Oczywiście ta niezgodność może być częściowo wynikiem różnych warunków badań, odmiennej metodyki i interpretacji spostrzeżeń. Np. nie jest obojętną sprawa wysokości dawek jodu, czasokresu jego stosowania i sposobu jego wprowadzenia do ustroju. W powyższych badaniach stosowano jednorazowo lub przewlocznie odmienne, naogół b. wielkie (z wyjątkiem dawek Courth'a) dawki jodu, a jak poruszaliśmy w poprzedniej naszej pracy (5), zdolność zatrzymywania jodu w ustroju, wpływająca na przebieg krzywej jodu we krwi i w moczu, zależną jest właśnie od wysokości dawki jodu a też od długości czasu jego stosowania, w związku z częściową kumulacją dawek jodu.

Przystępując do naszych badań, mieliśmy na celu nietylko uzgodnienie wyników dotychczasowych badań, lecz chcieliśmy się nadto przekonać, jak się przedstawia sprawa oddziaływania na jod nieorganiczny w przypadkach obrzęku śluzowatego, które dotychczas nie były przedmiotem zainteresowania w tym kierunku. Badania te miały służyć jako przyczynek do wyjaśnienia zagadnienia, czy niedomodze tarczycowej towarzyszy zmieniona zdolność magazynowania jodu w ustroju. Ażeby uniknąć niedokładności wyżej poruszanych, stosowaliśmy małe dawki jodu, a mianowicie 1300 γ J jako KJ dożylnie. Sposób badań przeprowadziliśmy jak w pracy poprzedniej. W szczególności zwracaliśmy baczną uwagę na wydzielanie jodu moczem w pierwszych godzinach po obciążeniu, co, jak zobaczymy poniżej, przedstawia najważniejszą a niekiedy jedyną cechę zmienionego oddziaływania na jod. Jod oznaczaliśmy mikrometodą przez nas wypracowaną. (6).

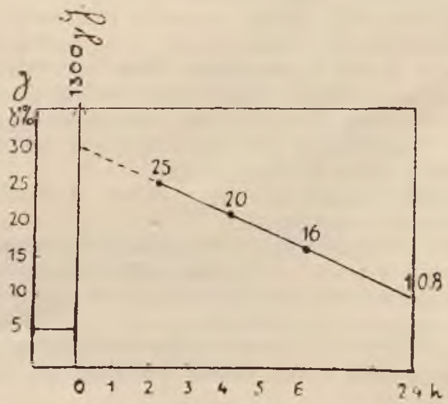
Z a c h o w a n i e s i ę j o d u w e k r w i. Badania przeprowadziliśmy w kilku przypadkach obrzęku śluzowatego. Tutaj ograniczymy się do omówienia wyników z 2 przypadków, z których jeden przedstawiał daleko posunięty obraz niedomogi tarczycowej, drugi zaś odznaczał się znacznie słabszym stopniem chorobowym. Jak z załączonych wykresów wynika (p. krzywa Nr. 1 i Nr. 2), krzywa jodu we krwi w obu przypadkach utrzymuje się dłużej, niż w ustroju prawidłowym. Nawet po upływie 24 godzin poziom jodu we krwi jest znacznie wyższy od punktu wyjściowego, podczas gdy w przypadkach prawidłowych, zazwyczaj już po upływie 6 godzin po wlaniu dożylnem jodu, jod wstrzyknięty znika z krwiobiegu. Porównując charakter naszych krzywych z wynikami Sturma oraz de Quervain'a i Smith'a oraz Maurer'a i Ducrue'a, należy zauważyć, że zachodzi między niemi wybitna różnica. Sturm, Maurer i Ducrue nie stwierdzali różnic w zachowaniu się jodu we krwi po upływie 24 godzin po obciążeniu jodem w ustroju beztarczycowym i prawidłowym, de Quervain i Smith zaś wykazali, w przeciwieństwie do nas jak i powyższych autorów, szybsze znikanie jodu ze krwi, aniżeli w przypadkach prawidłowych.

Chcielibyśmy tu zaznaczyć, że odmiennie od de Quervain'a i Smith'a zapatrujemy się na sam fakt utrzymywania się jodu na wzmożonym poziomie po obciążeniu jodowem. Jak wspomnieliśmy wyżej, de Quervain i Smith stwierdzili, że u ludzi prawidłowych, w przeciwieństwie do kretynów, jod we krwi po obciążeniu utrzymuje się na wzmożonym poziomie, co tłumaczą oni zwiększoną

zdolnością zatrzymywania jodu. My zaś jesteśmy skłonni przyjąć pogląd wprost przeciwny. Sądzimy, że utrzymywanie się jodu we krwi na wzmożonym poziomie (jaki zresztą, w przeciwieństwie do de Quervain'a i Smith'a, stwierdzaliśmy nie u ludzi zdrowych, lecz właśnie w niedomodze tarczycowej), przemawia za tem, że tkanki wzgl. narządy, a w szczególności tarczyca, nie wychwytują jodu z krwiobiegu, ani tak rychło ani w należytym stopniu. Że znikanie



Krzywa 1.
Zachowanie się jodu we krwi przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ jodu nieorganicznego w cięższym przypadku obrzęku śluzowatego.



Krzywa 2.
Zachowanie się jodu we krwi przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ jodu nieorganicznego w lżejszym przypadku obrzęku śluzowatego.

jodu wstrzykniętego, szybsze w eutyreozie, aniżeli w hipotyreozie, jest wyrazem wybitniejszego wychwytywania go przez narządy, a nie szybszego i silniejszego przechodzenia jodu do moczu, dowodzi fakt, że w tym samym czasie wydzielanie jodu moczem jest słabsze w eutyreozie, aniżeli w hipotyreozie.

Zachowanie się jodu w moczu. Badania nad wydzielaniem jodu moczem po obciążeniu wykonaliśmy w tych samych przypadkach i w tym samym czasie, co nam pozwoli ocenić równoczesne zachowanie się jodu we krwi i w moczu.

Tablica I.

Cięższy przypadek obrzęku śluzowatego. S. A. ♀ l. 62, p. s. = —36%, jod we krwi 4 γ %.

Wydzielanie jodu moczem przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ J jako KJ.

Data	Czas godz.	Ilość dobowa moczu w cm³	J w γ %	J absolutny w γ	% wydzielonego jodu w stos. do j. wstrzyk.
11. XI. 1931	24	390	2.6	10.14	—
12. XI.	Wstrzyknięto 1300 γ J nieorganicznego.				
	1	115	65	74.75	—
	2	250	30	75.00	—
	3	260	22.5	58.50	—
	4	240	25	52	—
	5	230	12	27.60	—
	6	260	25	65	—
razem		1385		353.50	27%
reszta doby		250	21.5	53.75	
razem 24 godz.		1635	•	407.25	31.2%
13. XI.	3 godz.[1]	13	61.5		

Tablica II.

Lżejszy przypadek obrzęku śluzowatego. J. S., ♂ l. 43, p. s. = —34%, jod we krwi 5.0 γ %.

Wydzielanie jodu moczem przed i po wlaniu dożylnem 1300 γ J jako KJ.

Data	Czas godz.	Ilość dobowa moczu w cm³	J w γ %	J absolutny w γ	% wydzielonego jodu w stos. do j. wstrzyk.
1. XII. 1931	24	940	4.25	39.95	—
2. XII.	Wstrzyknięto 1300 γ J nieorganicznego.				
	1	50	108	54	—
	2	110	89	97.9	—
	3	40	97	38.8	—
	4	400	15	60	—
	5	850	7	59.5	—
	6	280	10	28	—
razem		1930		328.3	24.4%
reszta doby		250	25	62.5	
razem 24 godz.		2180		390.8	27%
3. XII.	24	1460	5	73	

Jak tablice I. i II. wykazują, wydzielanie jodu zaznacza się najwybitniej w pierwszych sześciu godzinach, słabsze jest w późniejszych godzinach i utrzymuje się w wzmożonej ilości jeszcze w ciągu doby następnej. W odniesieniu się tedy do zachowania się jodu w moczu w przypadkach prawidłowych, wydzielanie się jodu w hipotyreozach napozór nie zdaje się być wybitnie odmiennem, zwłaszcza jeżeli dodać, że odsetkowe wydzielanie jodu w ciągu doby w hipotyreozach waha pomiędzy 27—31% a więc nie odbiega tak wybitnie od przypadków prawidłowych, w których wartości odsetkowe wydzielania jodu na dobę również dochodzą do 30% [2]. Sturm, badając wydzielanie odsetkowe jodu w ciągu doby u zwierząt beztarczycowych i prawidłowych, również stwierdził podobne zachowanie się, przyczem jako jedyną różnicę wysuwa tę, że wydzielanie jodu w ustroju beztarczycowym nie jest tak jednostajne i powolnie zmniejszające się, jak w ustroju prawidłowym, lecz raczej gwałtowne, t. j., że np. po dniu skąpego wydzielania jodu pojawia się dzień z bardzo silnem wyrzucaniem jodu. Również w naszych przypadkach niedomogi tarczycowej zaznacza się pewna nierównomierność wydzielania jodu, zwłaszcza w przypadku drugim, jednak nie odbiega ona tak znacznie od charakteru wydzielania go w przypadkach prawidłowych, aby zasługiwała na specjalne wyróżnienie. Sturm wyraża wielkie zdziwienie, że tak ciężki zabieg, jak zupełne wycięcie tarczycy, daje tak znikomy wpływ na sposób oddziaływania ustroju na jod podany. Zastrzega się jednak, że tych stosunków, uzyskanych w doświadczeniu zwierzęcem, nie można żywcem przenosić na człowieka. Tłumaczy on to tem, że u człowieka z niedomogą tarczycową, w przeciwieństwie do ustroju zwierzęcego, pozbawionego tylko tarczycy, nie chodzi nigdy tylko o wyosobnione schorzenie tarczycowe, lecz zarazem zawsze o chorobowe przeistoczenie całego ustroju. Naszem zdaniem jednak, wycięcie całkowite tarczycy u zwierzęcia musi pociągać za sobą zmienione oddziaływanie na jod. Jeżeli bowiem bliżej wniknąć w mechanizm wydzielania jodu w hipotyreozach, to stwierdzimy, że charakter wydzielania jodu w ustroju z niedomogą tarczycową jest wybitnie odmienny, aniżeli w przypadkach prawidłowych. Nie należy bowiem badać wydzielania odsetkowego tylko w ciągu doby, jak to czynił Sturm, ale też w poszczególnych częściach doby. W ciągu bowiem 6 pierwszych godzin, jak to wykazują tabl. I. i II., wydzielanie jodu w pierwszym przypadku, a więc cięższym, wynosi 28%, w przypadku zaś drugim, a więc lżejszym 24%, podczas gdy wydzielanie w przypadkach prawidłowych jest znacznie słabsze, wahając między 13—17%. To wzmożone wyrzucanie jodu w pierwszych godzinach po obciążeniu przedstawia najwybitniejszą cechę niedomogi tarczycowej. Na podstawie zachowania się jodu w moczu po obciążeniu jodowem możemy twierdzić, że w hipotyreozach przychodzi szybciej i znacznie wybitniej (przynajmniej w pierwszych 6 godzinach) do wyrzucania jodu z ustroju, aniżeli w przypadkach prawidłowych, przyczem wydzielanie w na-

[1]) W ciągu trzeciej doby zebrano mocz tylko z 3 godzin, resztę moczu przez nieuwagę chora wylała, wobec czego nie można było oznaczyć jodu z całej doby. Pomimo to można zauważyć wzmożone wydzielanie jodu.

[2]) W innych przypadkach obrzęku śluzowatego wydzielanie odsetkowe może być w pierwszych 6 godzinach jak i w ciągu całej doby znacznie wybitniejsze, zależnie od ciężkości stanu chorobowego tarczycy.

stępnej dobie jest zwolnione i przedłużone. Jeżeli jeszcze dodać, że w tym samym czasie jod we krwi utrzymuje się na znacznej wysokości, a więc nie zostaje wychwytany przez tkanki z krwiobiegu, to wolno nam twierdzić, że ustrój z niedomogą tarczycową nie wychwytuje jodu ani tak rychło, ani tak chciwie, jak ustrój prawidłowy.

Jakie wnioski można wysnuć z badań naszych, jak również z badań powyższych autorów? Otóż doświadczenia Sturma na zwierzętach beztarczycowych wskazują na to, że w ustroju beztarczycowym istnieje tylko zaburzona zdolność regulacji jodu, bez jednakże zmienionego oddziaływania na jod zarówno we krwi jak i w moczu. Badania te w konsekwencji swej muszą prowadzić do wniosku zupełnie odmiennego od Fukushimy (7), według którego narządy wewnętrzne po wycięciu tarczycy tracą zdolność magazynowania jodu. Maurer i Ducrue, którzy podobnie jak Sturm nie widzieli zmian w krzywej jodu we krwi po obciążeniu jodowem, twierdzą, że wprawdzie wskutek wycięcia tarczycy narządy tracą zdolność magazynowania jodu, jednakże soki tkankowe nie potrzebują wpływu hormonu tarczycowego dla podtrzymania zdolności zatrzymywania jodu. Maurer i Ducrue w oparciu o zachowanie się jodu we krwi (wydzielania jodu moczem nie uwzględniono) utrzymują tedy, że zdolność wiązania jodu w ustroju nie pozostaje w żadnej zależności od stanu czynności tarczycy, wobec czego żądają kontroli badań Fukushimy. Badania jednakże nasze, wykazujące długie utrzymywanie się jodu we krwi po obciążeniu, zdają się wskazywać na gorsze wychwytywanie jodu ze krwi przez narządy a zwłaszcza przez tarczycę i przemawiają już za upośledzoną zdolnością magazynowania jodu. Badania zaś nad wydzielaniem jodu moczem są jeszcze bardziej charakterystyczne dla oceny zdolności wychwytywania i zatrzymania jodu. Zarówno bowiem badania de Quervain'a i Smith'a u kretynów, Courth'a u zwierząt beztarczycowych, jak i nasze w przypadkach obrzęku śluzowatego wykazały, że ustrój z niedomogą tarczycową szybciej i wybitniej wydziela jod, aniżeli ustrój prawidłowy.

Streszczenie.

Po jednorazowem dożylnem wlaniu małych dawek jodu nieorganicznego (1300 γ J jako KJ) w hipotyreozach stwierdza się:

1) Zachowanie się jodu we krwi i w moczu różni się wybitnie od przypadków prawidłowych;

2) Jod wstrzyknięty utrzymuje się we krwi dość długo na wzmożonym poziomie, nie znikając nawet po upływie 24 godzin, w przeciwieństwie do przypadków prawidłowych, w których po upływie 24 godzin uzyskuje on poziom wyjściowy;

3) Wydzielanie jodu moczem zaznacza się najwybitniej w ciągu pierwszych 6 godzin, wynosząc około 24—28% i więcej (prawidłowo 13—17%), w reszcie doby jest znacznie słabsze i utrzymuje się w ciągu doby następnej. Wydzielanie zaś odsetkowe jodu w ciągu pierwszej doby wynosi 27—31% i więcej, nie odbiega tedy zawsze tak wybitnie od przypadków prawidłowych (21—30%);

4) Długie utrzymywanie się jodu wstrzykniętego we krwi, szybsze i znacznie wybitniejsze wydzielanie się jodu (zwłaszcza w pierwszych 6 godzinach) oraz stale utrzymujące się wzmożone wydzielanie w ciągu drugiej doby świadczą, że ustrój z niedomogą tarczycową wychwytuje jod słabiej i wolniej, co przemawia za zmniejszoną zdolnością zatrzymywania jodu w ustroju.

Piśmiennictwo:

1) A. Sturm: Dtsch. Arch. Klin. Med. 161, 129, 1928. — 2) E. Maurer i H. Ducrue: Bioch. Z. 193, 356—364, 1928. — 3) H. Courth: Bioch. Z. 238, 163 1931. — 4) F. de Quervain i W. E. Smith: Endocrinology, XII, 177, 1928. — 5) A. Wł. Elmer: P. G. L. 49. 1932; Dtsch. Arch. Klin. Med. 174, 390. 1932. — 6) A. Wł. Elmer: Bioch. Z. 248. 163, 1932; Pol. Arch. Med. Wewn. w druku. — 7) Fukushima: Kongr. Zentralbl. d. ges. Inn. Med. 37, przytocz. przez Maurera i Ducrue'a.

H. PIOTROWSKA. Warszawa.

Rozkładające błonnik drobnoustroje w przewodzie pokarmowym (człowieka, świnki morskiej).

Z Miejskiego Instytutu Higjeny m. Warszawy.
Kierownik: Dr. A. Ławrynowicz.

Rozkład błonnika odbywa się przy udziale drobnoustrojów beztlenowych i tlenowych. Drobnoustroje beztlenowe zostały zbadane wcześniej niż tlenowe. Badania Omeljańskiego ustaliły dwa odrębne typy procesów fermentacyjnych przez nie powodowanych — metanowy i wodorowy.

Fermentacja tlenowa błonnika stwierdzona była przez Van Itersona (1904 r.) dalej badana przez szereg autorów — Kellermana, Hutchinsona i Claytona, Winogradskiego i innych. Zwłaszcza prace ostatnich autorów posiadają duże znaczenie. Hutchinson i Clayton podali opis rodzajów i gatunków powodujących fermentacje: 1) *Spirochaeta Cytophaga,* 2) *Cellvibrio,* 3) *Cellfalcicula,* podali ich zasadnicze własności morfologiczne i biologiczne.

Winogradski wybitnie pogłębił znajomość tych drobnoustrojów, wprowadzając jednocześnie podłoże wybiórcze w postaci tak zwanej galaretki krzemionkowej z błonnikiem. W wyniku głębszego poznania tych drobnoustrojów odrzucił podaną przez Hutchinsona i Claytona nazwę *Spirochaeta Cytophaga,* zastępując ją nazwą *Cytophaga Hutchinsoni.* Poza temi drobnoustrojami grzybki pleśniowe również posiadają zdolność rozkładania błonnika.

W piśmiennictwie polskiem ogłoszone zostały przez Judowiczównę, Krzemieniewską prace omawiające własności tych drobnoustrojów.

Zaczyny ustroju zwierzęcego błonnika nie rozkładają; rozkład ten odbywa się jednakże dzięki udziałowi drobnoustrojów (w pierwszym żołądku przeżuwaczy, w ślepej kiszce roślinożernych). Przeżuwacze mają przewód pokarmowy specjalnie do tego przystosowany.

Pożywienie roślinne przebywa w przewodzie pokarmowym od dwóch do ośmiu dni, specjalnie długo w kiszce ślepej i okrężnicy. Rozkład błonnika przez drobnoustroje odbywa się w dwóch etapach zasadniczych: początkowo następuje rozkład błonnika na cukry niższe, które następnie ulegają dalszemu rozkładowi przez liczne drobnoustroje przewodu pokarmowego posiadające tę zdolność; powstają na tej drodze różne kwasy organiczne: masłowy, mrówczany, octowy, propjonowy, które następnie ulegają dalszemu rozkładowi (przez liczne drobnoustroje przewodu pokarmowego posiadające tę zdolność). Wytworzone cukry i kwasy organiczne ustrój zwierzęcy może wykorzystywać.

Bakterje beztlenowe fermentujące błonnik były już stwierdzane w przewodzie pokarmowym.

Khouvine otrzymała z przewodu pokarmowego człowieka czystą hodowlę laseczki — *bacillus cellulosae dissolvens* — wytwarzającej owalny zarodnik, nieruchomej, gramoujemnej, opornej na działanie temperatury, beztlenowej.

Werner otrzymał hodowlę czystą drobnoustroju — *bacillus cellulosae fermentans* z przewodu pokarmowego larwy *Potosia Cuprea.*

Kronenberżanka poszukiwała bakteryj fermentujących błonnik (tlenowo i beztlenowo) w przewodzie pokarmowym zmiennocieplnych — żab, ryb (karpia, karasia, szczupaka, lina), stosując podłoże Omeljańskiego i bibułę szwedzką. W warunkach tlenowych badanie dało wynik ujemny, zasiane beztlenowo 16 prób w 5 przypadkach dały fermentacje błonnika (3 razy od karpia, po 1 od karasia i od lina), u szczupaka tych bakteryj nie stwierdzono. Być może wyniki te wiążą się z różnym sposobem żywienia szczupaka w porównaniu z innemi rybami.

Wynika z tych danych, że bakterje beztlenowe fermentujące błonnik były stwierdzane w przewodzie pokarmowym szeregu ustrojów.

Obecność w przewodzie pokarmowym drobnoustrojów rozkładających błonnik tlenowo dotąd nie była badana.

Opierając się na pracach Winogradskiego i Judowiczówny przedsięwzięłam badania nad obecnością tych drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym człowieka i świnki morskiej.

Na tych ustrojach zatrzymałam się świadomie, aby w wyniku spostrzeżeń porównawczych móc wypowiedzieć się co do wpływu sposobu żywienia. Wykonałam po 100 posiewów kału ludzkiego i świnek morskich. Jako podłoże służyła mi galaretka krzemionkowa Winogradskiego sporządzona według Judowiczówny. Płytki Petri'ego z galaretką przykrywałam błonnikiem w postaci krążków papieru (sączki ilościowe Durieux Nr. 111). Po upływie 2—3 tygodni *(Cellvibrio* po 4—5 dniach) zjawiały się dokoła grudek kału żółte plamy, po kilku dniach zabarwienie stawało się bardziej intensywne, plamy śluzowaciały, papier stawał się przeźroczysty; po kilku tygodniach plamy rozszerzały się, pokrywały całą powierzchnię płytki, papier znikał przekształcając się w masę galaretowatą, jednolitą. W preparatach wykonanych z plam obok pałeczek krótkich i ziarenkowców obecne były postacie wydłużone, lekko faliste, o końcach zaostrzonych — *Spirochaeta Cytophaga Hutchinsoni.* Stwierdziłam je w materjale pochodzącym od ludzi w 17 przypadkach. Drobnoustroje te najlepiej barwią się erytrozyna i wodnym roztworem fioletu goryczkowego.

Metodą Grama drobnoustroje te nie barwią się. Judowiczówna w swej pracy podaje cały cykl rozwojowy cytofag. Postać początkowo wydłużona o końcach zaostrzonych, w starych

hodowlach staje się krótsza i mniej falista, barwi się słabiej. Po trzech — czterech tygodniach cytofagi znikają w preparatach; obok bladych cieni krętka występują bakterje towarzyszące — pałeczki i ziarenkowce. W toku pracy swej stwierdziłam dwukrotnie obecność takich cieni krętka. Po przesianiu na świeże podłoże występuje normalny wzrost cytofag. Przesiewy z plam na płytki z galaretką dawały mi słaby wzrost. Aby wzrost ten uczynić bardziej obfitym, wylewałam na płytkę z galaretką wyciąg kałowy przesączony. Wyniki były dobre, otrzymałam wzrost znacznie intensywniejszy. Prócz cytofag wyhodowałam *cellvibrio* 1 (raz) — drobnoustrój ruchliwy (po 2—3 dniach płytka pokrywa się zielonkawo-żółtym nalotem), rozkład błonnika powolny i słaby.

W czterech przypadkach wystąpiły postacie wygięte w kształcie półksiężyca, o końcach zaostrzonych ze zgrubieniem pośrodku *(cellfalcicula)*. Dawały one wzrost w postaci różowo-żółtych plam. Rozkład błonnika zaznaczał się dość słabo.

Obok tych postaci opisanych przez Winogradskiego w 6 przypadkach stwierdziłam obecność tworów znacznie większych od bakteryj, o końcach z jednej strony zaostrzonych, z drugiej zaokrąglonych, barwiących się nierównomiernie, częściowo erytrozyną, częściowo fioletem goryczkowym. Tworom tym towarzyszyły również pałeczki i ziarenkowce. Rosły one dając plamy o intensywnem pomarańczowem i cytrynowem zabarwieniu, błonnik rozkładały. Pomimo przesiewów twory te po trzech miesiącach zniknęły, pozostały tylko bakterje towarzyszące.

Z kału świnek morskich również wyhodowałam cytofagi, *cellvibrio* i *cellfalcicula*. Wyniki wykazuje tablica.

	Człowiek	Świnka morska
Ile prób zbadano	100	100
Ile razy występował rozkład błonnika	25	46
Ile razy były cytofagi	17	36
Cellvibrio	1	9
Cellfalcicula	4	3
Inne odmiany	5	1

Na 100 posiewów kału ludzkiego tylko 25% prób badanych dało rozkład błonnika.

U świnek morskich na 100 posiewów rozkład błonnika wystąpił w 46% prób.

W 5 przypadkach występowały jednocześnie dwa rodzaje drobnoustrojów rozkładających błonnik: 2 razy u człowieka, 3 u świnki morskiej.

Wyniki spostrzeżeń wykazują, że *w przewodzie pokarmowym obecne są drobnoustroje tlenowe fermentujące błonnik.*

Porównanie częstości występowania u człowieka i świnki morskiej pozwala na przypuszczenie, że *istnieje związek pomiędzy częstością występowania a rodzajem żywienia.*

Rola tych drobnoustrojów w rozkładzie błonnika w przewodzie pokarmowym wymaga dalszego wyjaśnienia.

Piśmiennictwo:

Omeljański: Centralbl. f. Bakt. Abt. II. Bd. 11. 1904. — Van Iterson: Centralbl. f. Bakt. II Abt., Bd. 11. 1904. — Hutchinson i Clayton: wedł. Winogradskiego. — Winogradski: Ann. Pasteur. T. 43, s. 549, 1929. — Judowiczówna Z.: Medyc. Doświad., T. XV, s. 64, 1932. — Krzemieniewska: Acta Soc. Botan. Poloniae. Vol. VII, s. 507, 1930/31. — Khouvine: Ann. Pasteur. T. 37, 1923, 711—752. — Werner: Centralbl. f. Bakt., Abt. II, Bd. 67, s. 297—329. — Kronenberżanka B.: Med. Doświad., tom XII, zeszyt 1—2, r. 1930.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. W. GRABOWSKI i Prof. Dr. H. HILAROWICZ. Lwów.

Samoistna odma brzuszna w przebiegu raka żołądka.

Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych (Dyr.: Prof. Dr. R. Rencki) i Kliniki Chirurgicznej (Dyr.: Prof. Dr. Schramm) U. J. K. we Lwowie.

Przypadek dotyczy mężczyzny 45-letniego, rolnika, który zgłosił się do kliniki chorób wewnętrznych 20. XI. 1930, podając w wywiadach, iż choroba obecna rozpoczęła się przed $1^1/_2$ rokiem zwolna bólami w dołku podsercowym i podżebrzu prawem, występującemi najczęściej po jedzeniu. Od miesiąca wystąpiło uczucie rozpierania w dołku podsercowym, zgaga, odbijania kwaśne oraz wymioty, które w ostatnich dniach występują po każdem jedzeniu. Chory znacznie wychudł.

Stan obecny w dniu przyjęcia: Odżywienie podupadłe, skóra blada, sucha. Objawy nieżytu oskrzeli. Narząd krążenia bez zmian. Brzuch balonowato wzdęty. W okolicy nadbrzusza i śródbrzusza widoczne stawianie się żołądka, rozległe pluskanie. Z powodu znacznego wydęcia brzucha nie można wyczuć żadnych oporów. W moczu składników nieprawidłowych nie wykazano. Badanie treści żołądkowej: naczczo wydobyto 3,200 cm^3 treści z obfitemi zaległościami makroskopowemi z obecnością sześcianek *(sarcina)*. Kwasota całkowita 64, od HCl wolnego 20. Po przepłókaniu żołądka i po podaniu śniadania białkowego HCl wolny nieobecny, kwasota całkowita 21. Po opróżnieniu żołądka z zaległości wyczuwa się w prawem podżebrzu guz walcowaty o powierzchni nierównej, twardy, bolesny. Mimo podania diety płynnej stałe zaległości w żołądku, wyraźne stawianie się i pluskanie. Nad stłumieniem wątroby stwierdza się pas wypuku bębenkowego, który stale utrzymuje się. Odczyn Davisa wybitnie dodatni. Badanie drobnowidzowe krwi odchyleń od normy nie wykazało. W czasie pobytu na klinice ciepłota ciała prawidłowa. Badanie rentgenologiczne żołądka po uprzedniem usunięciu części zaległości dało wynik niespodziewany. W chwili, kiedy po spożyciu pierwszego łyku baru śledziliśmy przechodzenie jego przez przełyk, zauważyliśmy obecność wolnego gazu w jamie otrzewnowej, który tworzył sierpowate wyjaśnienie nad górną powierzchnią wątroby i oddzielał od niej przeponę; również pod przeponą lewą zawarty gaz oddzielał ją od śledziony i sklepienia żołądka. W żołądku stwierdzono sporą ilość płynu, a wypite 2 łyki baru opadły na dno silnie rozszerzonego żołądka. Dalszego badania zaniechano w obawie przed nadmiernem obciążeniem żołądka, zwłaszcza że rozpoznanie zwężenia odźwiernika na tle raka względnie wrzodu, który przeszedł w raka nie ulegało wątpliwości na podstawie danych klinicznych.

W przypadku opisanym zastanawiała obecność odmy brzusznej. Pierwsze nasze przypuszczenie o przebiciu wrzodu żołądka lub rozpadającego się raka musiało odpaść wobec braku jakichkolwiek objawów ze strony otrzewnej, a wszelkie objawy kliniczne znajdowały dostateczne wytłumaczenie w rozpoznawanem zwężeniu odźwiernika na tle raka. Po 24 godz. wykonano powtórnie prześwietlenie, które wykazało stan zupełnie podobny jak w dniu poprzednim, ilość gazu w wolnej jamie otrzewnowej nie zmniejszyła się.

Chorego skierowano do kliniki chirurgicznej. Zabieg operacyjny (Prof. Dr. Hilarowicz) wykonany w znieczuleniu miejscowem wykazał: w chwili otwarcia jamy otrzewnowej stwierdzono obecność obfitych baniek powietrza zmieszanych z płynem surowiczym znajdującym się w małej ilości w jamie brzusznej. Zwłaszcza wyraźną była zawartość powietrza na prawo od więzadła obłego i sierpowatego wątroby. W części odźwiernikowej żołądka stwierdzono guz nowotworowy zrośnięty ze zgięciem wątrobowem okrężnicy i głową trzustki oraz liczne przerzuty w gruczołach zaotrzewnowych wzdłuż kręgosłupa, rozlane nacieki nowotworowe w ścianach żołądka. Dokładne poszukiwanie wyraźnego miejsca przedziurawienia nie wykazało, jednakowoż na przedniej ścianie guza stwierdzono zaklęśnięcie zlepione z tłuszczem otaczających narządów i siecią, w którem to miejscu ściana żołądka robiła wrażenie zcieńczałej. Nie stwierdzono jakichkolwiek silniejszych zmian zapalnych na otrzewnej.

Jak z przytoczonego opisu zabiegu operacyjnego wynika, stwierdzono obecność małej ilości gazu wolnego w jamie brzusznej w formie spienienia płynu surowiczego. W chwili zabiegu nie stwierdzono charakterystycznego syku przy rozcinaniu powłok, który musiałby być słyszalnym, jeśliby gaz znajdował się pod ciśnieniem.

Jak tłumaczyć powstanie stwierdzonej niewątpliwie odmy brzusznej? Można zgóry wykluczyć dostanie się powietrza do jamy otrzewnowej drogą sztuczną, a więc przez założenie odmy sztucznej brzusznej lub otwarcie powłok przy laparotomji, gdyż tych zabiegów nie wykonywano poprzednio. Również urazowe jej powstanie mogło być odrzucone wobec danych w wywiadach oraz braku jakichkolwiek śladów po urazie. Powstanie odmy musiało poprzedzić istnienie chwilowej choćby komunikacji z narządami zawierającemi gaz, a więc z żołądkiem lub jelitami. W piśmiennictwie znane są oddawna przypadki odmy brzusznej. Przed 30 laty ogłosił Koch opis przypadku, w którym w następstwie przebicia wrzodu żołądka przyszło do nagromadzenia bezwonnego gazu w wolnej jamie brzusznej, rozpierającego jej ściany. W roku 1913 Falkenberg i Fründ opisali przypadki podobne, a ostatni z autorów określa je nazwą gazowego zapalenia otrzewnej *(Gasperitonitis)*, wychodząc z założenia, że czynnikiem wywołującym są drobnoustroje. Oberst w roku 1917, a po nim Brunzel określili tę odmę brzuszną nazwą *„Spannungspneumoperitoneum"*, opierając się na analogji z odmą opłucnową. Ostatnio Lieblein proponuje nazwę *„Spannungspneumoabdomen"* lub

„Spannungspneumaskos". Suermondt poświęcił tej sprawie większą monografję, zbierając w niej 16 przypadków z piśmiennictwa oraz jeden własny. W latach ostatnich pojawiło się szereg kazuistycznych przyczynków, przyczem jako czynniki powodujące odmę brzuszną wymieniano zabiegi operacyjne (Noordenbos, Montmolin, Rüder, Suermondt, Schnitzler, Stegemann, Urech, Willemer), zranienia lub procesy patologiczne w obrębie ścian jamy brzusznej lub przewodu pokarmowego (Bergmann, Kingma, Boltje, Dahm, Lieblein, Oidtmann, Wilmanns, Kriss). W pojedyńczych tylko przypadkach przyjmowano inną przyczynę powstania odmy brzusznej, między innemi dostanie się do jamy brzusznej niechorobotwórczych bakteryj wytwarzających gaz. Suermondt podnosi, iż powstanie odmy brzusznej musi poprzedzić istnienie małego otworka w odpowiednim narządzie (żołądek, jelito) przy obecności zamknięcia wentylowego, które wprawdzie pozwala na dostanie się gazu do jamy otrzewnowej, lecz natychmiast ulega zamknięciu, jeśli ciśnienie w jamie otrzewnowej się podniesie. Ruchy przepony powodujące zmianę ciśnienia w jamie otrzewnowej ułatwiają wedle Suermondta dostanie się powietrza nawet przez drobny otworek. Stąd też przeważnie opisywane przypadki odmy brzusznej dotyczą mężczyzn.

Przyjęcie mechanizmu wentylowego jest możliwe w tych przypadkach, w których zabieg operacyjny może wykazać tego rodzaju mechanizm. W przypadku naszym zabieg operacyjny nie daje podstaw do przyjęcia otworu komunikującego, a w szczególności nie wykazał mechanizmu wentylowego. W piśmiennictwie znane są jednak rzadkie przypadki odmy brzusznej, w których mechanizmu wentylowego nie można było wykazać, a które Lieblein określa nazwą odmy brzusznej samoistnej. Przypadki te, względnie niektóre z nich tłumaczyć można dostaniem się do jamy brzusznej bakteryj gazotwórczych (Coenen, Fründ, Stegemann, Löhr, Michejda), gdyż można było wykazać proces zapalny ograniczony na samej otrzewnej lub w pobliżu jamy otrzewnowej. Lieblein a przed nim jeszcze Fründ przyjęli możliwość przechodzenia bakteryj gazotwórczych przez nieuszkodzoną ścianę przewodu pokarmowego lub zmienioną przez obecność blizn operacyjnych, wrzodów, nacieków zapalnych *(enteritis)*. Także nadmierne rozciągnięcie ściany żołądka może ułatwiać przedostawanie się gazu lub niechorobotwórczych bakteryj wytwarzających gaz. Bliską analogję znajdujemy w obrazie chorobowym odmy pęcherzykowej jelit i krezki *(pneumatosis cystoides)*, co do której toczy się jeszcze spór o jej bakteryjne czy mechaniczne powstanie. Ostatnio teorja drobnoustrojowa zyskuje coraz więcej poparcia (Nowicki), jednakowoż nie można *a limine* odrzucić teorji mechanicznej, za którą przemawiają: skład gazu i niemożność wykazania drobnoustrojów w tkankach w dużej ilości przypadków, wreszcie dane eksperymentalne (Miyake). W przypadkach odmy pęcherzykowej stwierdzano często zmiany względnie uszkodzenia błony śluzowej przewodu pokarmowego, wedle Faltina w 50% przypadków wykazano wrzód żołądka lub dwunastnicy. Niektórzy stwierdzali zwężenia lub blizny (Ciechanowski i in.). Nowicki w roku 1909 wypowiedział zdanie, że przekrwienie w szczególności żylne usposabia do powstania odmy pęcherzykowej. Znane są przypadki pękania pęcherzyków przy pneumatozie i wytwarzania odmy brzusznej (Urban). W naszym przypadku nie stwierdzono żadnych zmian, któreby pozwalały przyjąć powstanie odmy pośrednio z wytworzonej poprzednio odmy pęcherzykowej.

Przeciw bakteryjnemu pochodzeniu odmy brzusznej w naszym przypadku przemawia brak jakichkolwiek zmian zapalnych na błonie surowiczej, dalej niewzmożona ilość płynu w jamie otrzewnowej, wreszcie trudnem jest wyobrażenie, iż drobnoustroje mogłyby wyprodukować tak dużą ilość gazu, który zupełnie dobrze mógł być wykazany przy badaniu rentgenologicznem. Niestety w naszym przypadku nie wykonaliśmy bakterjologicznego badania płynu surowiczego i stąd brak nam bezpośredniego dowodu.

Do przyjęcia jednak pozostaje nam inny mechanizm powstania odmy brzusznej w naszym przypadku. Prawdopodobnie rozciągnięta i rozluźniona nowotworowo tkanka ściany żołądka przepuszczała połykane przez chorego i nagromadzone w większej ilości w rozszerzonym żołądku powietrze, przyczem po wypróżnieniu żołądka z części powietrza ściany jego kurczyły się, nie pozwalając na wydobywanie się nazewnątrz płynnej treści. W piśmiennictwie analogiczne tłumaczenie przyjmuje Fründ oraz Kriss. W opisanych przez nich przypadkach drobne mikroskopowe ubytki w ścianie uszkodzonego w jakikolwiek sposób narządu przepuszczały gaz wypełniający pod ciśnieniem światło tych narządów. Byłby to więc także rodzaj mechanizmu wentylowego — jakby kapilarnego wentyla bezpieczeństwa.

Dr. A. SZEJNBERG. Lwów.

Alliin

krajowy preparat czosnkowy i jego zastosowanie w lecznictwie.

Czosnek, jako środek leczniczy, spotkał ten sam los, co wiele innych środków leczniczych, a mianowicie stosowano go w czasach starożytnych, zupełnie lub prawie zupełnie znikł na dłuższy czas ze skarbca medycyny, wreszcie ponownie zjawił się w lecznictwie i uzyskuje coraz to większe zastosowanie w czasach ostatnich. Jedynie w lecznictwie ludowem czosnek nie znikał, jako środek leczniczy, w którem też od pojawienia się po dzień dzisiejszy ma bardzo szerokie zastosowanie. W piśmiennictwie czasów starożytnych spotykamy czosnek jako środek leczniczy u Egipcjan, w talmudzie i u Rzymian. Leczyło się nim wtedy najrozmaitsze choroby, szczególnie choroby przewodu pokarmowego. Był on też bardzo popularny, jako środek „przeczyszczający krew".

Czosnek pochodzi z krajów północnej Afryki i południowej Europy i w tych to okolicach po dziś dzień jest on stałym składnikiem diety ludowej. Tem stałem używaniem czosnku tłumaczy Bachem fakt, że w okolicach północnej Afryki prawie nieznane są stany zapalne jelit, które w innych tropikalnych i podtropikalnych okolicach są bardzo rozpowszechnione.

Wszyscy badacze czasów ostatnich zgodnie utrzymują, że ze składników chemicznych czosnku olejki eteryczne są składnikami, leczniczo działającemi. Olejki te zawiera czosnek w ilości 0,25—0,9%, według Semmlera składają się one z dwusiarczku alilowo-propylowego $C_3H_5.S.S.C_3H_7$, trójsiarczku alilowego $C_3H_5.S.S.S.C_3H_5$, i przypuszczalnie także z czterosiarczku alilowego $C_3H_5.S.S.S.S.C_3H_5$. Olejki te są koloru żółtego i mają bardzo ostry charakterystyczny dla czosnku zapach.

Po zażyciu 2 g surowego czosnku daje się skonstatować jego zapach w destylacie moczu jeszcze po 76 godzinach, natomiast nie czuć go już po 24 godzinach w powietrzu wydychiwanem. Co do działania leczniczego czosnku posiadamy w piśmiennictwie dość poważną ilość prac, traktujących o nim, a szczególnie w latach ostatnich daje się zauważyć coraz to większe zainteresowanie czosnkiem przez świat lekarski.

W ogólnych zarysach można podzielić stosowanie lecznicze czosnku na dwie grupy a mianowicie: 1) w schorzeniach przewodu pokarmowego, tudzież przeciw jego pasorzytom i 2) w stwardnieniu tętnic *(sclerosis)*, tudzież w nadmiernem ciśnieniu *(hipertonia)*.

Wprawdzie badania farmakologiczne dotychczas nie wyjaśniły jeszcze w zupełności sposobu działania czosnku na przewód pokarmowy, tem nie mniej już wielu autorów, jak Roos, Markovici, Tilger, Friedländer, Bonem, Lebinsky, Schultze-Heubach, Erbach, Wolf i wielu innych, udowodniło fakt tego działania na przewód pokarmowy.

Według zapodania Bonem'a i klinicznego doświadczenia Altmana, wydzielanie w żołądku po podaniu czosnku znacznie się powiększa w przypadkach za małej kwasoty lub jej braku *(subaciditas i anaciditas)*, powiększenie się kwasoty żołądka dochodzi do 30 stopni. U chorych tego rodzaju, którzy skarżyli się na brak apetytu i inne dyspeptyczne dolegliwości, po podaniu czosnku dolegliwości te w ciągu krótkiego czasu ustępowały.

Na specjalną uwagę zasługują wyniki klinicznie przeprowadzonych doświadczeń z czosnkiem przy wszelkiego rodzaju biegunkach.

Pierwszy Markovici stwierdził dobre skutki stosowania czosnku w czerwonce i innych zakaźnych zapaleniach jelit. Altman podawał czosnek 116 gruźliczo-chorym, cierpiącym na biegunkę i na podstawie swoich doświadczeń doszedł do wniosku, że w nieswoistym nieżycie jelit stosowanie czosnku, z rzadkiemi wyjątkami, daje dobre wyniki, jak też w biegunkach pochodzenia gruźliczego, w tak zwanych toksycznych i anafilaktycznych biegunkach, w których nie było swoistych anatomicznych zmian w jelitach. Nie dało się natomiast osiągnąć dodatnich wyników u chorych z wrzodziejącem zapaleniem kiszki. Tenże autor dochodzi do wniosku, że przy większych dawkach czosnku działa on na przewód pokarmowy, jak narkotyki, jednak bez ujemnego działania na ośrodkowy system nerwowy.

Według doświadczeń Roos'a, po podaniu chorym czosnku, znikają z kału drobnoustroje, między innemi i pał. zatruwacz Gärtnera *(bact. enteritidis Gärtner)*. Według zapodań tegoż autora, żadnym innym środkiem tego rodzaju autointoksykacje nie dają się usunąć, jak tylko czosnkiem.

Podane w piśmiennictwie, jak również i moje własne spostrzeżenie, że czosnek działa na przewód pokarmowy, jak narkotyk, wywołując, wprawdzie w nieznacznym stopniu, zaparcie stolca — skłoniło mnie do skombinowania czosnku z kamalą. Kamala jest preparatem z owoców *Rottlera tinctoria* i pochodzi z Indyj. Pre-

parat ten oddawna służył jako środek przeciwko robakom, szczególnie przeciwko tasiemcom u dzieci, gdyż nie ma żadnego nieprzyjemnego zapachu i smaku i nie działa tak silnie, jak wyciąg paproci. Zaletą jego jest jeszcze ta okoliczność, że działa on słabo przeczyszczająco, wobec czego niema potrzeby podawać środków przeczyszczających, jak to zachodzi w leczeniu wyciągiem paproci. Tak skombinowany preparat czosnku z kamalą w postaci pigułek wyrobu apteki Mra. E. Sussmana we Lwowie, pojawił się ostatnio w handlu pod nazwą *„Alliin"*. *(Pill. allii sativi comp.)* i stosowany jest przeze mnie od dłuższego czasu u chorych z glistnicą robaczkową *(oxyuris vermicularis)* jak też z cianką ludzką *(trichocephalus dispar)*.

Jak wiadomo, te obydwa pasorzyty usadawiają się w kiszce i są wśród ludności, tak miejskiej, jak też szczególnie wiejskiej, bardzo rozpowszechnione. Glistnica robaczkowa zdarza się przeważnie u dzieci, chociaż nierzadko także u dorosłych, cianka ludzka zaś równie często tak u dzieci, jak u dorosłych.

E. W. Koch wykazał przy przeprowadzonem seryjnem badaniu dzieci szkolnych glistnice u 2/3 badanych dzieci. Są też okolice, w których prawie u wszystkich mieszkańców skonstatowano ciankę ludzką. Pasorzyty te nieraz się lekceważy, mimo że coraz to częstsze są wzmianki w piśmiennictwie o ciężkich stanach chorobowych przez nie wywołanych.

W przypadkach glistnicy robaczkowej występują objawy subjektywne jak: skłonność do wymiotów, nudności, świdrujący ból w brzuchu, ból głowy, najrozmaitsze zaburzenia w trawieniu, osłabienie, podniecenie nerwowe, świąd w okolicy odbytnicy — objektywnie zaś chudniecie przy dobrem odżywianiu się.

Leczenie u chorych na glistnicę jest z jednej strony bardzo wdzięcznem polem działania dla lekarza, gdyż po usunięciu tych pasorzytów następuje, szczególnie u dzieci, bardzo szybka i widoczna poprawa w ich zdrowiu i nieraz się słyszy od wdzięcznej matki, że dziecko „jakby na nowo się narodziło" — z drugiej zaś strony to leczenie jest bardzo uciążliwe i przy mniej inteligentnych rodzicach prawie niemożliwe do przeprowadzenia, gdyż w tem cierpieniu następuje często zakażenie wtórne, któremu da się zapobiec li tylko przy najskrupulatniejszem przestrzeganiu zasad higjeny.

Wobec tego, że młode glistnice nie posiadają jeszcze narządu ssącego, którym się trzymają śluzówki kiszkowej, gdyż narząd ssący wyrasta u nich w późniejszym wieku, okazało się racjonalnem przeprowadzenie leczenia przeciwglistniczego nie zapomocą tak zwanych środków trujących przeciw robakom, lecz środkami powodującemi wzmożone wypróżnienie kiszek, co już często wystarcza, ażeby młode glistnice odchodziły z kałem. Godzi się tu zaznaczyć, że te środki trujące niekiedy trują więcej chorego jak robaki i nawet niejednokrotnie zanotowano wypadki śmierci przy „radykalnie" przeprowadzonem leczeniu temi truciznami.

We wielu przypadkach udało mi się przeprowadzić skuteczne leczenie przez podawanie chorym *Alliinu*. Skuteczność tę tłumaczę z jednej strony zabójczem względnie porażającem działaniem czosnku na same glistnice, tudzież działaniem kamali, jako środka lekko czyszczącego. Chorzy zażywali codziennie w ciągu 5—6 tygodni naczczo od 1—3 pigułek (zależnie od wieku) i już w trzecim tygodniu można było zauważyć znaczne zmniejszenie a niekiedy zupełne zniknięcie glistnic i ich jaj w badanym kale.

Rozumie się, że także w tem leczeniu nie można zaniechać zabiegów higjenicznych, zapobiegających powtórnemu zakażeniu, to jest: dokładnego obmywania okolicy odbytnicy po każdem wypróżnieniu, krótkiego ścinania paznokci i t. d. W przypadkach z uporczywem zaparciem stolca, trzeba było jeszcze uregulować dietę, w kierunku przewagi potraw mleczno-jarzynowo-owocowych.

Organizm ludzki znosi wprawdzie lepiej obecność cianki ludzkiej, tem niemniej znane są przypadki, w których także ten pasorzyt był przyczyną ciężkich objawów chorobowych.

Niedalej, jak w zeszłym roku, przedstawił Brule w *Soc. Méd. des Hopitaux de Paris* dwa przypadki żółtaczki hemolitycznej, wywołanej, jak się okazało, obecnością cianki ludzkiej. Żadne leczenie w ciągu długiego trwania tej żółtaczki — w jednym przypadku 9 lat, w drugiem 4 lat — nie odniosło pożądanego skutku, dopiero po stwierdzeniu w kale chorych cianki ludzkiej i po usunięciu tejże z organizmu ustąpiły szybko objawy żółtaczki.

W mej praktyce miałem 3 lata temu chorego, który skarżył się na silny ból w okolicy 3 kręgu lędźwiowego. Wobec tego, że to cierpienie trwało przez kilka lat, chory wielokrotnie szukał pomocy lekarskiej, jednak, mimo zastosowania wszelkiego rodzaju sposobów leczenia, cierpienie to nie ustępywało. Przy mikroskopowem badaniu kału chorego całe pole widzenia było gęsto pokryte jajami cianki ludzkiej tak, że robiło to wrażenie, iż cały preparat składa się prawie tylko z tego pasorzyta. Po usunięciu tych pasorzytów, wspomniany ból ustąpił i do dnia dzisiejszego nie powrócił. W leczeniu chorych z cianką ludzką próbowałem wielu metod i środków, ostatecznie zatrzymałem się na stosowaniu kamali i *„alliin'u"*. Przez pierwsze 10 dni leczenia daję choremu od 1 do 4 razy dziennie (zależnie od wieku) kamali 0,5, później w ciągu 4—5 tygodni od 1 do 3 pigułek *alliin'u*.

W bardzo uporczywych przypadkach — co rzadko się zdarza — stosowałem ponadto co drugi dzień wlewanie do odbytnicy 5 g benzyny w ciągu pierwszych 10 dni leczenia.

Przechodząc do drugiej grupy stosowania czosnku, jako środka leczniczego, t. j. przy leczeniu stwardnienia naczyń i nadmiernego ciśnienia, zaznaczam, że nie da się w ramach krótkiego referatu omówić, chociażby w streszczeniu, całokształtu obecnego stanu wiedzy o tych dwóch sprawach chorobowych. Wspomnę tu tylko, że zdania autorów są rozbieżne tak co do etjologji stwardnienia, jak i co do związku przyczynowego między stwardnieniem a nadmiernem ciśnieniem. Co się tyczy leczenia tych dolegliwości, to mimo ogromnej ilości zalecanych środków i metod nie posiadamy jeszcze dotychczas na nie naprawdę skutecznych środków.

Słusznie zaznacza v. Bergman, że już we wstępie artykułu o leczeniu hipertonji musi się z rezygnacją powiedzieć, że skuteczne leczenie w sensie rzeczywistego wyleczenia nadmiernego ciśnienia jeszcze nie istnieje. To też tem bardziej wskazanem jest dalsze wypróbowanie czosnku, jako środka leczniczego w tych dolegliwościach, środka, który szczególnie w ostatnich czasach coraz bardziej zyskuje w tej dziedzinie prawo obywatelstwa.

Na podstawie obserwacji, że u zwierząt śródżylne stosowanie czosnku obniża ciśnienie krwi, Pouillard stosował śródżylne wstrzykiwania wyciągu czosnku u ludzi. Stwierdził on, że ciśnienie krwi obniża się po takiej injekcji w ciągu ½—1 godziny, przyczem zaobserwował, że czem większe było ciśnienie krwi, tem większy był też spadek ciśnienia. Działanie to trwało 24 godzin.

Schleisinger potwierdza to działanie czosnku na obniżenie ciśnienia krwi, wypróbowawszy to w 20 przypadkach ciężkiego stwardnienia, podając, że przytem zawsze obserwował przedmiotowe i podmiotowe polepszenie się stanu zdrowia chorych.

W doustnem stosowaniu czosnku nie zauważyłem wprawdzie u chorych znacznego obniżenia się ciśnienia krwi, co się zaś tyczy objawów subjektywnych, to prawie zawsze chorzy podają, że czują się znacznie lepiej. Również w tym przypadku okazało się racjonalnem połączenie czosnku z kamalą, jako środka lekko czyszczącego, a podawanie go chorym w postaci *alliin'u* umożliwia stosowanie go u chorych wszystkich warstw społeczeństwa, ponieważ bardzo wielu ludzi wzdryga się przed zażywaniem czosnku w postaci surowej, ze względu na jego ostry smak i przykry zapach.

Wobec tego, że według zdania wielu autorów stwardnienie ma ścisły związek przyczynowy z wadliwą funkcją przewodu pokarmowego, może byłoby wskazanem podawanie czosnku także w celach zapobiegawczych.

Na podstawie powyższych danych można uważać czosnek za środek słusznie na nowo wkraczający na pole szerokiego stosowania w lecznictwie i zasługujący rzeczywiście na dalsze doświadczenia nad skutecznością jego działania.

Piśmiennictwo:

1) Poulsson: Lehrbuch der Pharmakologie. — 2) Fromm: Organische Chemie. — 3) Traufman: Ther. d. Gegenwart 1927. — 4) Koch: Ther. d. Gegenwart 1926. — 5) Altman: Med. Kl. 1930. — 6) Götz: Med. Kl. 1927. — 7) v. Bergman: Blutdruckkrankheit (Neue Deutsche Kl. Band II). — 8) L. Aschoff: Die Arteriosklerose. — 9) Brule: Przegląd terapeutyczny Nr. 4. 1932. — 10) Bachem: Allisatin und seine Vrwendung in der Praxis. — 11) Schleisinger: Wiener m. W. 1926. — 12) Roos: Münch. m. Wochenschrift 1925. — 13) Bonem: Fortschr. der Ther. 1927. — 14) Tülger: M. m. Woch. 1929.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Stefan Łukasz KWIATKOWSKI, Adjunkt kliniki. Lwów.

Organizacja walki z chorobami wenerycznemi we Francji.

Klinika dermatologiczna U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. J. Lenartowicz.

Dokończenie.

Organizacje departamentalne.

Podstawową jednostką walki z chorobami wenerycznemi jest przychodnia przeciwweneryczna t. zw. *„Service annexe"*. Każde miasto, mające co najmniej 10.000 mieszkańców musi w myśl instrukcji z roku 1926 mieć przynajmniej jedną przychodnię przeciwweneryczną, urządzoną wedle następujących zasad:

Lokal nie może nigdy w niczem krępować. Dlatego najczęściej przychodnie umieszczone są przy szpitalach. W tych wypadkach, gdy jest to niemożliwe, łączy się przychodnie przeciwweneryczne z jakąś inną, np. przeciwgruźliczą, dentystyczną i t. p. Poczekalnia powinna być w s p ó l n a dla wszystkich chorych, a lekarz segreguje chorych do odnośnych specjalistów. Ten system *„à deux degrés"* często stosowany, najlepiej zapewnia dyskrecję. W środowiskach robotniczych przychodnie winny się znajdować możliwie najbliżej fabryk lub kopalń. Porady udziela się w takich godzinach, by k a ż d y mógł z niej korzystać w czasie wolnym od pracy, a więc poza zwykłemi godzinami poradni także wieczorem od 6—7, a nawet od 8—10, przynajmniej dwa razy w tygodniu (dla osób zajętych w handlu, dla służby hotelowej, fryzjerów i t. d.). Poczekalnie dla mężczyzn i kobiet muszą być oddzielne.

Porady, zabiegi lekarskie i leki są z zasady bezpłatne. Kierownikiem przychodni musi być lekarz specjalista, którego w drodze konkursu zatwierdza Ministerstwo Zdrowia. W miastach uniwersyteckich jest nim oczywiście profesor syfiligrafji i najwybitniejsi lekarze. W każdej przychodni zajęte są asystentki „Służby społecznej", których czynności poprzednio opisałem. Nawiasem wspomnę, że pierwszy *„Service annexe"* założył w roku 1916 w Bourges prof. P a u t r i e r. On też zredagował wzór arkuszy statystycznych, które obowiązane są prowadzić dziś wszystkie przychodnie.

Przychodnie przeciwweneryczne są urządzone i prowadzone przez szpitale, departamentalne urzędy higjeny społecznej, gminy, stowarzyszenia prywatne i t. d. Te instytucje opłacają też koszta. Subwencji udziela gmina i departament, a tylko do pewnego stopnia także Rząd, wzamian za zastrzeżone sobie prawo zatwierdzenia *(„agrément")* lekarza naczelnego danej przychodni i — co ważniejsze — kontroli ich czynności. Jak więc widzimy, Państwo łoży na walkę z chorobami wenerycznemi stosunkowo tylko niedużo, przerzucając większość ciężarów na gminy, stowarzyszenia prywatne, departamenty i t. d.

W większych miastach ilość przychodni jest odpowiednio większa; zakładają je najrozmaitsze instytucje. Jeśli idzie o wieś i mniejsze miasta — rolę przychodni obejmuje t. zw. *„Service rural"* (oddział wiejski), t. j. niektórzy lekarze miejscowi w swoich gabinetach prywatnych; otrzymują oni dla chorych leki bezpłatnie z najbliższego *„Service annexe"*. W ten sposób dociera organizacja walki z chorobami wenerycznemi do najodleglejszych zakątków prowincji francuskiej.

Przychodnie przeciwweneryczne mogą być albo tylko przeciwkiłowe — i tych jest najwięcej (ponad 400 w całym kraju), albo równocześnie kiłowe i rzeżączkowe. Tych ostatnich jest bezporównania mniej (około 70). Oczywiście ilość to zupełnie nie wystarczająca. Wogóle — jak miałem sposobność przekonać się — główny wysiłek skierowano dotąd przedewszystkiem przeciw kile. Dopiero w ostatnich latach podejmuje się energiczniejszą walkę także z rzeżączką.

Aby lekarze prowincjonalni, pracujący w oddziałach „wiejskich" byli obeznani z leczeniem i rozpoznawaniem chorób wenerycznych, wprowadzono dla studentów medycyny na uniwersytetach francuskich obowiązkową praktykę na oddziale wenerycznym (2-miesięczną *„stage")* z końcowym egzaminem praktycznym, oczywiście niezależnie od przepisanych egzaminów dermato- i syfilidologji.

Poza przychodniami przeciwkiłowemi zostały wprowadzone instrukcją z roku 1926 następujące przychodnie:

O d d z i a ł y d l a w y k r y w a n i a i l e c z e n i a k i ł y w r o d z o n e j *(„Dépistage et le traitement de l'hérédosyphilis")*. Znajdują się one przy szpitalach i klinikach położniczych, poradniach przedurodzeniowych *(„Consultation prenatale")*, ochronkach, poradniach dla niemowląt, szkołach położnych i t. d. Każda kobieta, której na mocy ustawy przysługuje zasiłek dla ciężarnych, musi przedłożyć świadectwo, że zgłosiła się do poradni przedurodzeniowej. Tam badana jest przez ginekologa odnośnie do przebiegu ciąży i z reguły przez wenerologa odnośnie do kiły. Wogóle we wszystkich szpitalach i klinikach położniczych zasadą jest systematyczne badanie krwi u kobiet ciężarnych i to możliwie już w najwcześniejszych okresach ciąży.

Także przy wszystkich szpitalach i klinikach dziecięcych znajdują się obowiązkowo oddziały dla wykrywania i leczenia kiły wrodzonej. Dotychczas istnieje we Francji ponad 300 takich poradni. Zasługa wprowadzenia ich przypada prof. C o u v e l a i r e w szpitalu Baudelocque w Paryżu.

Za kiłą wrodzoną śledzi się pilnie nietylko u kobiet ciężarnych i u noworodków, ale i u dzieci w wieku szkolnym. Zajmują się tem komunalne lub departamentalne oddziały inspekcji lekarskiej szkół.

Oddziały dla wykrywania i leczenia chorób wenerycznych w w i ę z i e n i a c h zostały zorganizowane we wszystkich (86) więzieniach francuskich przez współpracę Ministerstwa Zdrowia z Ministerstwem Sprawiedliwości. Więźniów bada się systematycznie pod względem klinicznym i serologicznym, a w razie stwierdzenia zakażenia kiłowego leczą ich lekarze więzienni, w większych więzieniach specjaliści.

Zwalczanie chorób wenerycznych w m a r y n a r c e h a n d l o w e j: wszyscy marynarze podlegają obowiązkowemu badaniu przed zaokrętowaniem. Wszyscy kapitanowie statków mają pouczyć swój personel, w jakich portach na drodze statku i gdzie znajdują się poradnie. We wszystkich ważniejszych portach morskich i rzecznych istnieją poradnie przeciwweneryczne, dostępne dla wszystkich marynarzy bez względu na narodowość; udzielają one porad lekarskich i leków zupełnie bezpłatnie. Bezpłatnie też wydają leki lekarzom okrętowym większych statków.

Liga francuska p. n. w. organizuje we wszystkich szkołach nawigacyjnych kursy pouczające przyszłych marynarzy o chorobach wenerycznych.

Walka z chorobami wenerycznemi wśród p r a c o w n i k ó w k o l e j o w y c h: wielkie Towarzystwa kolei francuskich obowiązane są do systematycznego badania w celu wykrywania kiły u tych pracowników, od których zależy bezpieczeństwo ruchu (maszyniści, zwrotniczowie i t. d.). Chodzi oczywiście o wykrywanie zmian kiłowych ośrodkowego układu nerwowego. Instrukcja Ministerstwa Zdrowia zastrzega wyraźnie, że badania te muszą być przeprowadzane przez doświadczonych syfilidologów, a w razie podejrzenia co do istnienia jakichkolwiek zmian należy przeprowadzić szczegółowe badanie neurologiczne, oczne, serologiczne i t. d. i to tylko w większych klinikach, szpitalach lub we własnych komisjach kolejowych, o ile są one dostatecznie technicznie wyposażone. Takie oddziały wykrywania i leczenia chorób wenerycznych zorganizowało doskonale Towarzystwo Kolei Południowych (P. L. M.) przy Instytucie profilaktycznym. Nawiasem wspomnę, że to samo Towarzystwo wprowadziło zarówno dla swoich starych pracowników, jak i dla świeżo do służby przyjmowanych nietylko badania krwi na kiłę, ale i na gruźlicę, wedle nowej metody Dr. V e r n e s'a. Kontrola ta daje doskonałe wyniki.

P r a c o w n i e (l a b o r a t o r j a): badania ultramikroskopowe wchodzą w zakres wszystkich przychodni przeciwkiłowych i to obowiązkowo. Dla badań serologicznych, których wykonanie i kontrola są trudniejsze — istnieją dwojakiego rodzaju pracownie, podlegające organizacji walki z chorobami wenerycznemi, a mianowicie:

P r a c o w n i e c e n t r a l n e (których liczba jest ograniczona, ale za to wartość pierwszorzędna). Są one dołączone bądźto do wielkich laboratorjów, jak np. Instytut Pasteura i jego filje, Instytut bakterjologiczny w Lyonie i t. d., bądź też do wielkich szpitali dla kiłowych, jak np. w Marsylji lub Tuluzie. Są one wydatnie subwencjonowane przez Ministerstwo Zdrowia, lecz wzamian za to muszą wykonywać bezpłatnie wszelkie badania serologiczne dla wszystkich szpitali i przychodni, które wymieniłem poprzednio, a także dla niezamożnych pacjentów leczących się u lekarzy prywatnych.

P r a c o w n i e „z a t w i e r d z o n e" — są zarezerwowane tylko dla użytku tych instytucyj, które je zorganizowały (gminy, departamenty, szpitale i t. d.). Laboratorja te otrzymują pewną subwencję rządową. Lecz zanim Ministerstwo Zdrowia je zatwierdzi, poddaje bardzo dokładnemu badaniu ich urządzenia i czynności przez profesorów wydziału lekarskiego.

Istnieje 29 pracowni centralnych i 115 już zatwierdzonych, lub będących w toku badania. Ponadto Liga p. n. w. tworzy w Paryżu duże „Laboratorjum centralne" i założyła przy paryskim wydziale lekarskim „Szkołę serologji". Co do metod serologicznych Ministerstwo i Komisja Profilaktyki wzbraniają się wprowadzić jakąś jedną metodę, jako ogólnie obowiązującą. Większość pracowni centralnych wykonywa z każdą surowicą odczyn Bordet-Wassermanna, Hechta i Vernesa.

Tak się przedstawiają wszystkie zasadnicze siły składowe prowadzące walkę z chorobami wenerycznemi we Francji. Jakiegokolwiek będą one rodzaju i pochodzenia: czy będą należały do instytucyj komunalnych, kas chorych, czy też do organizacyj o charakterze prywatnym — zawsze podlegają kontroli Państwa. Początkowo pozostawały one w bezpośrednim związku z Ministerstwem, lecz okazało się to niepraktyczne. Została więc wprowadzona organizacja departamentami: pojedyńcze przychodnie i pracownie podlegają kontroli bądźto departamentalnego Urzędu Higieny społecznej, bądź specjalnemu delegatowi Ministerstwa Zdrowia (w miastach uniwersyteckich jest nim z reguły profesor syfiligrafji), albo wreszcie jakiemuś autonomicznemu stowarzyszeniu. I tak np. w Alzacji i Lotaryngji wszystkie przychodnie podlegają Lidze p. n. w. dla Alzacji i Lotaryngji, której sekretarzem generalnym jest prof. P a u t r i e r. W Algerze walka pozostaje pod

kontrolą „Komisji dla Profilaktyki chorób wenerycznych“ i t. d. Obecnie Ministerstwo Zdrowia tworzy na terenie Francji szereg ośrodków t. zw. *„Centres prophylactiques“*, które skupiają działalność kilku sąsiednich departamentów. A więc w łańcuchu organizacyjnym te ośrodki profilaktyczne mają stanowić ogniwo pośrednie, łączące departamenty z Ministerstwem. Mają one swą siedzibę zwykle w miastach uniwersyteckich, lecz także poza niemi, w ważniejszych środowiskach, zwłaszcza przemysłowych. Ośrodki profilaktyczne — są to poprostu duże *„Services annexes“*, mające do dyspozycji pracownie centralne, sprawujące nadzór nad innemi sąsiedniemi przychodniami i lekarzami z „Oddziałów wiejskich“ oraz rozdzielające im leki.

Wreszcie ponad „ośrodkami profilaktycznemi“ stoi Ministerstwo Zdrowia, a mianowicie jego Centralny urząd profilaktyki chorób wenerycznych. Urząd ten jest centralą całej walki, przeprowadza całą organizację, kontroluje wszystkie oddziały, rozdziela subwencje ministerjalne i t. d. Zadziwiającem jest, że dokonywa tego w składzie personalnym bardzo szczupłym, bo obejmującym zaledwie 3 urzędników; ale za to kierownikiem jego jest Dr. Cavaillon, o którego niezwykłych zdolnościach organizacyjnych miałem już sposobność mówić.

Paryż.

Jeśli omówię pokrótce organizację walki z chorobami wenerycznemi w Paryżu i jego okolicy, to uczynię to dlatego, że siłą faktu jest ona tu najsilniej rozgałęziona.

Przychodnie przeciwkiłowe: — istnieje ich 54, z tego 33 w samym Paryżu, a 21 w jego okolicach. Większość z nich należy do opieki społecznej *(„l'Administration générale de l'Assistance Publique“)*, która jest instytucją komunalną i do Instytutu Profilaktycznego. Ambulatorja opieki społecznej są czynne przy wszystkich 6 oddziałach szpitala św. Ludwika, oraz przy następujących szpitalach paryskich: Hôp. Broca, Cochin, Boucicaut, Bichat, St. Antoine, Beaujon, Tenon i de la Charité. O Instytucie profilaktycznym pisałem już obszernie poprzednio. Tutaj dodam, że główne ambulatorjum przy ul. d'Assas, przez które przechodzi kilkaset chorych dziennie — ma swego neurologa, okulistę, laryngologa, oprócz syfilidologów oczywiście.

Prócz tego istnieje jeszcze ogromne ambulatorjum *„Toussaint Barthélémy“* przy szpitalu św. Łazarza, oraz szereg mniejszych jak: szpital Rothschilda (Dr. Hufnagel), przychodnia dla muzułmanów, dla robotników obcej narodowości, z personelem lekarskim władającym językami imigracji francuskiej. Z Polaków czynny tam jest Dr. Hufnagel. Oprócz tego kilka przychodni prowadzi Liga p. n. w.

Oddziały dla wykrywania i leczenia kiły wrodzonej: jest ich 68 w Paryżu, a 17 w jego okolicach, przyczem ciągle tworzą się nowe. Najważniejsza, to przychodnia w szpitalu Baudelocque (Prof. Couvelaire). Syfilidologiem jest tam Dr. Pinard. Chore matki i dzieci leczy się na miejscu, w doskonale urządzonem i wyposażonem ambulatorjum. Poza tem istnieją oddziały przy wszystkich szpitalach i klinikach położniczych, przy poradniach dla matek i t. d.

Następujące szpitale przyjmują chorych do leczenia stałego: St. Louis, Cochin, Broca (do tysiąca łóżek), nie licząc kiły systemu nerwowego.

Przychodni przeciwrzeżączkowych liczy Paryż 22, a więc w stosunku do kiłowych bardzo niewiele. Najgłówniejsze z nich mieszczą się przy dużych klinikach i szpitalach urologicznych jak Hôp. Necker, Lariboisière, Cochin, St. Louis i in., oraz przy Instytucie profilaktycznym. Istnieją też 3 przychodnie Ligi Ochrony Społecznej, o której mówiłem na wstępie.

Więźniowie więzień paryskich i pracownicy towarzystw kolejowych są leczeni przeważnie w przychodniach, organizowanych przez Instytut profilaktyczny (Dr. Chauchard i in.).

Pracownie: największe należą do Instytutu Pasteura i Instytutu profilaktycznego, do szpitala więzienia i domu poprawy St. Lazare, Ligi p. n. w., Ligi Ochrony Społecznej (rzeżączka), oraz do Opieki Społecznej miasta Paryża, która ma 2 główne pracownie, jedną dla szpitali lewego, drugą dla szpitali prawego brzegu Sekwany. Poza tem mają swoje pracownie wszystkie przychodnie przeciwweneryczne opieki społecznej.

Także Akademja Medycyny założyła pracownię dla kontroli leków przeciwkiłowych. Instytut Pasteura ma specjalną pracownię do badań naukowych nad kiłą (Levaditi), przeprowadza je również systematycznie Instytut profilaktyczny.

Tak się przedstawia pokrótce organizacja walki z chorobami wenerycznemi w samym Paryżu. Zasadniczy jej typ jest ten sam, co na prowincji; przychodnie tworzone są przez miasto i departamenty Sekwany („Opieka Społeczna“), rozmaite instytucje o charakterze prywatno-państwowym. Rząd je subwencjonuje tylko, a wzamian za to — jak zresztą wszędzie — zastrzegł sobie prawo zatwierdzania lekarzy, oraz prawo kontroli.

Propaganda.

Zasadniczym warunkiem powodzenia całej akcji jest dobra propaganda. Instrukcja ministerjalna z roku 1926 kładzie na nią szczególny nacisk. Przełomowym krokiem w tym kierunku była książka prof. Gougerot'a z roku 1919 p. t.: „Program walki z chorobami wenerycznemi“. W roku 1922 Dr. Sicard de Plauzoles zaczyna swoje wykłady w Sorbonie. Z biegiem czasu okazała się konieczność scentralizowania propagandy: przy Narodowym Urzędzie Higjeny społecznej utworzono „Generalną Komisję dla propagandy“. W jej skład wchodzą przedstawiciele Ministerstw: Oświecenia, Pracy, Rolnictwa, Kolonij, Marynarki handlowej, Wojny, przedstawiciele szeregu stowarzyszeń, mających za cel zwalczanie gruźlicy, raka, alkoholizmu i t. d. W skład jej wchodzą też — jeśli idzie o choroby weneryczne — przedstawiciele Centralnego urzędu profilaktyki chorób wenerycznych, oraz Ligi p. n. w. Prezesem komisji jest Dr. Łucjan Viborel, człowiek bardzo rzutki i pomysłowy, który nawiasem mówiąc położył już ogromne zasługi dla propagandy walki z gruźlicą. Celem komisji jest — jak nazwa wskazuje — wyłącznie propaganda i faktycznie propaganda ta jest naprawdę wszechstronna i niestrudzona. Zasadniczo jest ona dwojakiego typu:

Pierwszy typ to t. zw. propaganda wielowartościowa *(„polyvalente“)* t. j. zwrócona przeciw szeregowi schorzeń o społecznem znaczeniu. Jest ona stosowana przeważnie na prowincji, w łączności z propagandą przeciw gruźlicy, rakowi, na rzecz ochrony macierzyństwa, dziecka i t. d.

Propagandą specjalnie zwróconą przeciw kile zajmuje się głównie Liga p. n. w., która pozostaje w ścisłym kontakcie z Komisją Propagandy. Również Stowarzyszenie przemysłowców francuskich zajmuje się rozszerzaniem ulotek i afiszów w swych 3.500 zakładach przemysłowych; podobnie i towarzystwa kolejowe.

Lecz kierunek całej propagandy spoczywa w ręku Komisji, krótko mówiąc w ręku Dr. Viborela. Jej środki są naprawdę możliwie najbardziej nowoczesne i wszechstronne; są one następujące:

1. Propaganda między nauczycielstwem i w szkole odbywa się bądźto drogą rozpowszechniania ulotek bądź też drogą kursów. Wykładowcy z Narodowego Urzędu Higjeny społecznej objeżdżają całą Francję i urządzają w szkołach pogadanki dla nauczycielstwa i uczniów szkół nauczycielskich, z pokazem filmów.

2. Prasa: Przy Narodowym urzędzie higjeny społecznej istnieje specjalne biuro prasowe, którego zadaniem jest umieszczanie w prasie najrozmaitszych informacyj, doborowych artykułów i t. d.

3. Film: odgrywa w propagandzie doniosłą rolę. Istnieje ich kilkanaście. Jedne z nich są czysto dydaktyczne jak np.: „Higjena płciowa kobiety“, „Przyczyny i skutki kiły“, „Krętek blady“, i t. p. Tych — jak zauważyłem — publiczność francuska nie lubi. Są one za nudne, za suche dla umysłowości francuskiego słuchacza. I faktycznie muszę przyznać, że nużą i męczą, choć są naprawdę dobrze sporządzone, zwłaszcza amerykańskie. Natomiast znakomite są i bardzo popularne filmy, w których przebieg i następstwa chorób wenerycznych wplątane są w jakąś akcję, zresztą wcale zajmującą. W filmie „Było raz 3 przyjaciół“ przedstawione są dzieje trzech kolegów: dwu z nich zakaziło się kiłą w czasie służby wojskowej. Jeden się leczył i wyleczył, drugi leczenie zaniedbał, trzeci wreszcie był dotknięty kiłą wrodzoną, o czem nie wiedział. Wszyscy żenią się w jednym czasie i oto widzimy następstwa nieleczonej kiły. Zaczynają się więc leczyć (zdjęcia z przychodni, pracowni i t. d.) i ostatecznie wszystko się dobrze kończy, bo gromadką zdrowych dzieci. Film naprawdę zajmujący — choć nieco za rozwlekły, daje ładne zdjęcia z natury i codziennego życia — propaganda jest „przemycona“ bardzo dyskretnie, lecz doskonale trafia do duszy widza.

Podobnie i film „Śmiertelny pocałunek“ ogląda się z dużem zainteresowaniem. Lecz najlepszym jest film rysunkowy „Bajka z tysiąca i jednej nocy“: Arab Ben Chegir, piękny mężczyzna, „silny jak lew, zwinny jak pantera, chyży jak antylopa“ i t. d. (odpowiednie rysunki!) — zakaża się kiłą. I oto z dorodnego mężczyzny zostaje ruina: przed psem nie może uciec, koza zwala go z nóg. Lecz energiczne leczenie w *„Service annexe“* przywraca zdrowie Ben Chegirowi: staje się znowu „zwinny jak pantera, silny jak lew“, otacza go gromadka ładnych, zdrowych dzieci. Film ten, przeznaczony dla Afryki północnej jest bodaj czy nie najlepszym. Mówi do widza obrazkami tragikomicznemi i bywa z powodzeniem

wyświetlany i we Francji europejskiej. Zresztą każdy z tych trzech filmów jest dobry, żaden nie nuży, ani nie straszy. Oglądać może je każdy.

4. Lotne grupy automobilowe, zorganizowane przez Narodowy Urząd Higjeny społecznej docierają do najodleglejszych zakątków prowincji francuskiej i urządzają tam pogadanki z pokazem filmów, rozdawaniem ulotek i t. d. Pomysł naprawdę dobry, bo pozwala rozwijać propagandę na wsi. Kolumn tych jest kilkanaście i znajdują się w ciągłych rozjazdach po całej Francji.

5. Specjalnie wyszkoleni „konferensjerzy" lub wybitni syfiligrafowie urządzają w wielkich miastach pogadanki popularne, przeznaczone dla ogółu publiczności, lub dla pewnych jej grup: dla studentów, kolejarzy, marynarzy, robotników i t. d.

6. Radjo: urządza się często krótkie ale dobrze ułożone pogadanki na temat najrozmaitszych zagadnień higjeny społecznej, a między niemi i na temat chorób wenerycznych.

7. Teatr: Narodowy Urząd Higjeny społecznej urządza *tournées* teatralne z wystawieniem sztuki „Śmiertelny pocałunek". Przedstawień takich urządza się kilkadziesiąt rocznie w najrozmaitszych miejscowościach.

8. Urząd bierze też udział w wystawach i targach międzynarodowych, francuskich lub regjonalnych, eksponując tablice świetlne, wykresy, filmy i t. d.

9. Propaganda indywidualna w odniesieniu do posłów i senatorów, prefektów, dziennikarzy, przemysłowców, przedstawicieli stowarzyszeń robotniczych i t. d. ma za cel zainteresować te wpływowe osobistości sprawą walki z chorobami społecznemi, z koniecznością jej organizacji, propagandy, subwencjonowania i t. p.

10. Wreszcie ostatnim sposobem propagandy, najważniejszym i najdostępniejszym dla wszystkich, to druki, afisze, ulotki i t. d. Wydaje je Liga p. n. w. i Narodowy Urząd Higjeny społecznej. Druków tych dostarcza się szpitalom, przychodniom, fabrykom, szkołom lub rozdaje się je bezpośrednio publiczności, oczywiście bezpłatnie. Przeważnie są to krótkie 4—6 stronicowe ulotki, jak np. „Choroby weneryczne", „Nie narażajcie się na niebezpieczeństwo...", „Kiła", „Rady dla chorych" i t. d. Dla robotników-emigrantów wydała Liga p. n. w. ulotki w 10 językach, między innemi i w polskim. Prawie zawsze ulotki są ilustrowane, nieraz bardzo ciekawie i starannie, przegląda się je więc z prawdziwem zainteresowaniem. Doskonale też są zredagowane afisze. Najlepszym z nich to „Bieg ku śmierci", którego legenda podaje prawdziwie zastraszające cyfry: gruźlica jest we Francji powodem 150.000 zgonów rocznie, kiła 140.000, a rak 40.000! Plakat ten może wywrzeć większy skutek, niż tysiące ulotek....

Przy sposobności wspomnę, że dzięki uprzejmości rodaka Dra Dzierzkowskiego, urzędującego w Międzynarodowej Centrali Czerwonego Krzyża w Paryżu, miałem sposobność oglądać w biurze propagandowem tej Centrali — poza filmami propagandowemi — i zbiór afiszów niemal wszystkich krajów całego świata. Najlepszym z tego ciekawego zbioru jest bezsprzecznie jeden z afiszów angielskich: artystycznie wykonany rysunek przedstawia kołyskę dziecięcą. U góry napis „Rzeżączka", u dołu pod kołyską jedno jedyne słowo.... „pusta". Oczywiście dalszych objaśnień nie potrzeba i niema.

W roku 1930 zorganizowano na terenie całej Francji „Tydzień obrony społecznej przeciw kile", używając wszystkich wymienionych środków propagandy na bardzo rozległą skalę.

Obecnie główny wysiłek kierowniczych kół walki z chorobami wenerycznemi dąży do wprowadzenia ustawy o obowiązku przedkładania świadectw lekarskich przed zawarciem małżeństwa, oraz ustawy wymierzonej przeciw szarlatanom. Dużo już na tem polu zrobiono, nie spotyka się np. dziś tej mocy ogłoszeń co dawniej. W znanych „*vespasiennes*" w Paryżu znikły one całkiem, a zastąpiono je emaljowanemi tabliczkami Ligi p. n. w., pouczającemi w malutkich obrazkach o niebezpieczeństwie chorób wenerycznych, lub wskazującemi adresy przychodni przeciwwenerycznych.

Tak się przedstawia propaganda. „Dzięki jej wysiłkom — jak powiada Cavaillon — można dziś w całej Francji wymawiać swobodnie słowo: syfilis, który przestaje być chorobą zawstydzającą". I to jest prawdą. Miałem mnóstwo sposobności przekonać się, jak dalece jest pod tym względem uświadomione społeczeństwo francuskie.

* * *

Energiczne leczenie kiły nabytej, zapobieganie, wykrywanie i leczenie kiły wrodzonej, oraz intensywna propaganda — zrobiły swoje. Nie wchodzi w zakres tego artykułu podawanie statystyki. Faktem jest, że kiedy jeszcze w roku 1918 u 20.99‰ żołnierzy stwierdzano świeże zakażenia kiłą, dziś liczba ta zmalała do 2‰, t. j. 10-krotnie. A znaną jest rzeczą, że ilość świeżych zakażeń wenerycznych w armji pozostaje w prostym stosunku proporcjonalnym do ich ilości wśród ludności cywilnej.

Przedewszystkiem jednakże zmniejszyła się ogromnie ilość kiły wrodzonej, mimo że wykrywa się ją łatwiej przy udoskonalonych dziś metodach. Wedle Couvelaire'a, który we Francji tak żywo tą sprawą się interesuje — porody dzieci nieżywych w olbrzymiej większości przypadków odnieść należy do kiły. Otóż jeszcze w roku 1919 było ich we Francji 47‰ (wszystkich porodów), dziś jest ich niewiele ponad 30‰, przyczem liczba ta stale spada.

Co do rzeżączki, to walka z nią została energiczniej podjętą dopiero w ostatnich czasach. Ale sprawa ta nie przedstawia się we Francji tak groźnie, jak sprawa rozszerzania się kiły: stanowczo niema jej tam więcej, niż w innych krajach. Co do kiły natomiast, gdzie w grę wchodzi szczególniej potomstwo, stan, jaki zaistniał bezpośrednio po wojnie, zaczął być naprawdę niepokojącym. Stąd takie energiczne przeciwdziałanie społeczeństwa i Rządu francuskiego, które w rezultacie stworzyło dzisiejszą organizację. I jest rzeczą charakterystyczną, że olbrzymia ta organizacja, tak napozór niejednolita, składająca się z instytucyj komunalnych, departamentalnych, rządowych i prywatnych — funkcjonuje tak sprawnie, bez tarć, dysonansów i zamieszania. Zasługa to w pierwszym rzędzie Dra Cavaillon'a. On to, stojąc na czele „Centralnego Urzędu Profilaktyki chorób wenerycznych" jednoczy w swem ręku wszystkie nici prowadzące do najmniejszych nawet, a tak licznych i różnorodnych elementów organizacyjnych, biorących w najrozmaitszej formie udział w zwalczaniu chorób wenerycznych. Zasługa to Parlamentu i Rządu, które wykazują takie zrozumienie dla sprawy. Zasługa to wreszcie całego Narodu francuskiego, który zrozumiał, jak groźnem niebezpieczeństwem są dla społeczeństwa choroby weneryczne: „groźniejszem, niż najkrwawsza wojna". Naród ten, tak niepospolity pod tylu względami i na tem polu wykazał swą wielkość i rozum. Zrozumiał on, że walka z chorobami wenerycznemi ma olbrzymie znaczenie nietylko dla pokolenia dziś żyjącego, lecz i dla przyszłych. W ciągu kilku lat stworzył z niczego organizację zadziwiająco sprawną, która w krótkim czasie pokryła swą siecią całą Francję, bardzo wydatnie sięga już w jej kolonje i może pochwalić się tak dobremi wynikami — organizację, której hasłem jest: Walka o zdrowie i przyszłość Narodu.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Życie Dziecka. Nr. 8—9. 1932. J. Perl-Neudingowa: Dziecko zacofane umysłowo przed sądem. — J. Ryngmanowa: Opieka społeczna nad młodzieżą bezrobotną. — J. Ryngmanowa: Fundusz wychowania fizycznego i sportów dla celu opieki społecznej nad młodzieżą bezrobotną.

Kronika Dentystyczna. Nr. 5. 1932. M. Ćwirko-Godycki: Rzadki przypadek anomalji zębowej.

Pielęgniarka Polska. Nr. 11—12. 1932. Z. Zawadzka: Pielęgniarstwo społeczne w Warszawie. — H. Mickiewicz: O higjenie zębów i jamy ustnej.

Medycyna Praktyczna. Nr. 12. 1932. M. Stabrowski: O chorobie Heine-Medina. — K. Bross: Nagła śmierć niemowląt i dzieci a t. zw. stan grasiczo-chłonny. — M. Stabrowski: Przyczynek do epidemjologji choroby Filatow-Dukesa.

Lekarz Polski. z. 1. 1933. G. Szulc: Zakażenie i odporność w świetle nowszych zdobyczy nauki o żywieniu. — W. Jakowicki: Granice i metody położnictwa domowego. — S. Kamiński: Współczesne zagadnienia polityki sanitarnej. — W. Przywieczerski: Pielęgniarstwo w Polsce. — K. Koronkiewicz: Zagadnienia sanitarne w Z. S. S. R. — J. Hozer: Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 1. 1933. J. P. Pawłow: Próba fizjologicznego objaśnienia symptomatologji histerji. — J. Fliederbaum: O postaciach klinicznych gruźlicy otrzewny. — M. Rosnowski: Z kazuistyki przypadków samoistnego zapalenia nerwu przeponowego. — C. Rozengartenówna: Stan obecny wiedzy o chorobie Heine-Medina.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 1. 1933. H. Fuss: Sprawa odszkodowań dla bezrobotnych jako zagadnienie międzynarodowe. — J. Łazowski: Linje rozwojowe ubezpieczeń społecznych. — J. Zawadzki: Koszty administracyjne ubezpieczenia pracowników umysłowych.

OCENY.

Précis de chimie physiologique. MAURICE ARTHUS. Paris. Masson. 1932. Str. 522; ryc. 111, barwnych tablic 5.

Układ i treść podręcznika chemji fizjologicznej, którego głównem przeznaczeniem jest służyć studentowi medycyny, zależy od tego, jakie wymagania stawia autor swoim uczniom. Możliwem jest, że żąda od nich zrozumienia procesów chemicznych w ustroju t. zn. że traktuje chemję fizjologiczną jako dział fizjologji i wtedy dąży do zbudowania szerokich podstaw chemicznych i na tej podbudowie przedstawia te procesy, które metodami chemicznemi dają się wyjaśnić; albo też widzi w chemji fizjologicznej narzędzie pomocnicze, laboratoryjne lekarza, wtedy główny nacisk kładzie na zrozumienie i nienaganne wykonanie prób chemicznych, a teorja ma służyć do tego, by ustrzec analizującego od błędów. Jedynaste wydanie podręcznika Arthus'a ma prawdopodobnie to drugie zadanie; w tym krótkim podręczniku zebrane są ważniejsze próby chemiczne ze szczególnem uwzględnieniem moczu; to też na teorję mało zostaje miejsca; ale ta pozostała mała część podręcznika jest bardzo treściwa i skondensowana i naprawdę wiele zawiera faktów ważnych. Wielką zaletą jest jasny, lekki, powiedziałbym francuski, sposób pisania. Przeznaczonym jest ten podręcznik dla studentów: lekarz, pragnący zapoznać się z całokształtem chemji fizjologicznej, sięgnie po inny podręcznik; dla celów laboratoryjno-lekarskich lepiej nadaje się wspaniały, krótki podręcznik Mestrezat'a, wydany w r. 1930 przez Massona.

Wydanie pod względem formy nienaganne; możnaby jedynie wyrazić życzenie, by tablica I, przedstawiająca widma pochodnych hemoglobiny, była wykonaną inaczej: barwy są zbyt ostre i stąd obrazy daleko odbiegające od rzeczywistego wyglądu widm.

W. Mozołowski (Lwów).

Les sels d'or en dermatologie et en syphiligraphie. F. LEBEUF. H. MOLLARD. Masson. Paris. 1932. Str. 148.

Monografja o lecznictwie złotem obejmuje siedm rozdziałów poprzedzonych ciepłem słowem prof. Nicolas. (r. I). Na wstępie L. i M. przedstawiają krótki zarys historyczny stosowania różnych przetworów złota w medycynie, zwłaszcza w gruźlicy płuc i skóry, w kile, trądzie, oraz pospolitych dermatozach, ponadto wymieniają powikłania nerkowe, błon śluzowych i skórne. Z przedstawienia powyższego wynika, że mimo entuzjastycznego stanowiska R. Kocha (1890) w odniesieniu do cyjanku złota — świadome, celowe i uzasadnione stosowanie przetworów złota przypada na ubiegłe 10-lecie.

W danych klinicznych i doświadczalnych (r. II) L. i M. zastanawiają się, czy w przetworach złota działa leczniczo sam metal, czy też w połączeniu organicznem. Przy tej sposobności autorowie podają cechy charakterystyczne dla sanokryzyny, solganolu, krysolganu, *triphal'u* oraz indeks leczniczy, przyczem omawiają zagadnienie wchłaniania przetworów złota, wydalania oraz stosunki anatomiczne i histologiczne. L. i M. dochodzą przez porównanie do wniosku, że podobnie jak są metale: rtęć, bizmut, które działają same przez się nie bacząc czy podane jako minerał, czy w związku organicznym rozpuszczalne czy nie, są inne jak arsenobenzol, złoto, które skutkują jedynie w połączeniu z innym dobrze określonym molekułem. Charakterystyczną cechą dla przetworów złota jest powolne wydalanie z jednej strony a z drugiej skłonności do układania się w tkance nerwowej.

W r. III. (24—58 str.) omawiającym sole złota w lecznictwie dermatologicznem L. i M. przedstawiają lecznicze wyniki własne i obce a) w gruźlicy skóry, przyczem najlepiej oddziałuje *lupus nodularis*, b) tuberkulidach *(l. erythematodes)*, c) słabe wyniki spotykamy w trądzie, d) mierne w łuszczycy (na 22 łuszczycowych, 9 „wybielało" 5 „poprawiło się", 8 zawiodło z powodu powikłań pozłotowych, e) w róży (Nardi w 20 przyp. wyleczenie rychlejsze niż metodami klasycznemi). f) wyleczenie w *eryth. multif.* i *nodosum*.

Sprawy przedstawione i zebrane w powyższym rozdziale wskazują, w jak szerokiej podziałce z uzasadnieniem lub bez *(vitiligo)* stosuje się przetwory złota. Interesujący ze względów teoretycznych jest r. IV, ujmujący zagadnienie roli złota w kile. Z doświadczeń na zwierzętach wynika, że przetwory złota nie mają znaczenia w zapobieganiu zakażenia kiłowego, jako słabsze od bizmutu, rtęci i nowarsenobenzolu. Przetwory złota są nerwozwrotne i gromadzą się w układzie n. ośrodkowym w przeciwieństwie do arsenobenzolu. Dzięki temu giną niektóre gatunki krętków mysich *(sterilisatio magna)*. Klinicznie stwierdzono, że złoto w lecznictwie kiły winno być stosowane w dużych dawkach, że siłą nie dorównywa znanym lekom przeciwkiłowym, można je natomiast stosować jako środek pomocniczy, zwłaszcza w przypadkach opornych na arsen, w kile nerwowej lub wikłającej gruźlicę. L. i M. słusznie podkreślają, że badania nad powyższem zagadnieniem narazie nie wyszły poza bramy szpitalne i dlatego nie należy przenosić prób do lecznictwa ambulatoryjnego. Rozdział V (str. 76—109) obejmuje powikłania ze strony błon śluzowych i skóry *(Aurides)*. Niepodobna choćby w zarysie przytoczyć cech charakteryzujących zapalenie dziąseł po przetworach złota czy omawiać wszystkie objawy występujące w skórze. Można jedynie stwierdzić — co osobiście wykazaliśmy w pracy ogłoszonej wspólnie z Kol. Tyszką (1927), że znamionuje je wielopostaciowość i że czyto będzie rumień, pokrzywka, grudka, przebarwienie, czyto określimy jako *erytrodermia*, czy *purpura* i t. p. musimy je uważać jako różne stopnie nasilenia odczynu tkanki skórnej u różnych osobników pod wpływem jednakowego bodźca. I tu nasuwa się pytanie, jaki mechanizm powoduje tworzenie się u pewnych chorych zmian skórnych. L. i M. roztrząsają, czy jest to następstwo zatrucia ciężkim metalem, czy też uczulenie charakteryzujące nietolerancję nabytą lub wrodzoną. I znowu poniekąd zgodnie z naszemi wywodami L. i M. nie opowiadają się wyraźnie na korzyść tezy alergicznej czy intoksykacyjnej. Wyraźne podobieństwo zmian skórnych spostrzegane po przetworach złota jak po roztworach bizmutu, rtęci czy neoarsenobenzolu nakazuje w tym względzie ostrożność.

Jedynie obraz krwi ze zwiększoną ilością kwasochłonnych przemawia w pewnej mierze na rzecz tezy o nietolerancji.

W praktycznem lecznictwie przetworami złota (r. VI) L. i M. zwracają baczną uwagę na ogólne wskazania a zwłaszcza przeciwwskazania w stosowaniu ciężkiego metalu, które ograniczają niemal jedynie do zupełnego wyniszczenia *(cachexia)*. Omawiając technikę podawania przetworów złota, używają drogi śródżylnej i śródmięśniowej (zawiesiny oleiste) wspominając o stosowaniu miejscowem, rdzeniowem, przyczem polecają dokładnie obserwować ustrój chorego, by zapobiec wczas lub usunąć objawy uboczne. Sposoby zwalczania nietolerancji względnie intoksykacji przetworami złota są niemal podobne jak po innych ciężkich metalach lub arsenobenzolach. L. i M. indywidualizują stosowanie przetworów złota uzależniając je od rodzaju choroby — (np. w kile wczesnej stosują dawki duże, w liszaju czerwonym płaskim dawki homeopatyczne), i stanu względnie tolerancji chorego. Zasady podwyższania jednostkowych dawek złota lub sumy przetworów złota, przypadającej na całość leczenia nie odbiegają od zasad lecznictwa metalami ciężkiemi. Wkońcu tego rozdziału autorowie przytaczają objawy uboczne ogólne, które mogą towarzyszyć nietolerancji pozłotowej i objawy te mogą być bezpośrednie, lub występujące po pewnym czasie, ciepłota, zaburzenia jelit, nerkowe, zaburzenia nerwowe. Niektóre z tych objawów mogą być dla chorego tragiczne, przeważnie zaś mijają bez głębszych śladów.

W rozdziale (VII) o sposobie działania przetworów złota L. i M. zastanawiają się, czy można mówić o swoistości ich działania, skoro skala ich skuteczności leczniczej obejmuje choroby zakaźne ostre, jak róża i przewlekłe, jak gruźlica, kiła, trąd, łuszczyca i t. p. Autorowie opierając się na piśmiennictwie a zwłaszcza pracach Feldta dochodzą do wniosku, że przetwory złota jako takie nie niszczą bakteryj *in vitro* nawet w roztworze 1:1000, podczas gdy w doświadczeniach i klinice występuje ich wpływ leczniczy stanowiąc 1/40.000 do 1/600.000 część wagi ciała zwierzęcia. Słusznie tedy podkreślają znaczenie leku jako czynnika działającego na tkanki *(action histotrope)* odwrotnie jak bakterjobójcza koncepcja Ehrlicha. Jako czynnik pośredni w działaniu między zarazkiem a lekiem odgrywa dużą rolę sam ustrój, a zwłaszcza ochronny jego układ śródbłonkowo-siateczkowy.

Książka napisana na podstawie bogatego doświadczenia przedstawia zagadnienie lecznictwa złotem w sposób jasny i przystępny i jako taka godna jest przeczytania.

St. Ostrowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

O wydzielaniu hormonów przedniego płatu przysadki mózgowej moczu w chorobach wkrewnego pochodzenia. U. HIRSCH-HOFFMANN. Klin. Wschr., Nr. 16, 1932.

Wiadomo, że w krwi krążą hormony przedniego płatu przysadki i to tak u kobiet, jak u mężczyzn. Są one wydalane drogą moczu, lecz w prawidłowych stosunkach w tak małej ilości, że tylko przy stosowaniu szczególnych metod biologicznych, i to u zwierząt bardzo młodych, można je wykazać. Wiadomo też, że w ciąży, i to już początkowej, znajduje się w moczu tak znaczna ilość tych hormonów, że bez trudności można je wykazać na zwierzętach bardzo młodych. Na tem też polega, jak wiadomo, reakcja Aschheim-Zondeka, mająca szczególne znaczenie w rozpoznawaniu

ciąży zamacicznej. Autorowie przeprowadzili badania nad wydalaniem hormonów przedniego płatu przysadki w procesach chorobowych, polegających na pewnem schorzeniu przysadki, lub w tych chorobach, w których zachodziło podejrzenie na takie podłoże stanu chorobowego. Stwierdzili więc wynik dodatni reakcji A.-Z. w przypadkach siodełkowego guza mózgu. Chodzi ewentualnie o gruczolaka — nic można jednak na pewno rozstrzygnąć, które typy komórkowe są producentami hormonu — główne, zasadowe, czy też kwasochłonne komórki. Guzy przewodu przysadkowego Erdheima dają wynik dodatni A-Z, może wskutek podrażnienia przysadki w następstwie jej ucisku, gdyż nie można przypuścić, aby nabłonek płaski, z którego te guzy powstają, był wytwórcą tych hormonów. Ten sam sposób działania mogą mieć guzy inne np. glejaki.

W przypadkach znacznego charłactwa pochodzenia przysadkowego, np. na tle zniszczenia przysadki przez procesy bliznowate, kiłowe lub gruźlicze, z objawami zaburzenia wkrewnego, autorowie stwierdzili dodatni odczyn A-Z. Ten wynik może być następstwem wzmożonej odnowy przedniego płatu przysadki. W akromegalji był wynik również dodatni, a ponieważ są tu w przysadce komórki kwasochłonne, przeto do nich możnaby odnieść produkcję hormonów. W szeregu przypadków niejasnych z objawami mózgowemi, wkrewnemi, szczególnie z objawami przysadkowemi, reakcja A-Z wypadała dodatnio. Autorowie podkreślają, że nagół u mężczyzn nie stwierdzali w licznych przypadkach dodatniego odczynu A-Z. Jest rzeczą ciekawą, czy pozytywny wynik reakcji A-Z w przypadkach omówionych należy odnieść do przysadki. U kobiet ciężarnych przedni płat przysadki nie zawiera hormonu przysadki lub co najwyżej ślad jego, natomiast jest on w łożysku i ono też w ciąży jest jego głównym producentem. Z tego wynikałoby, że hormon zawarty w moczu byłby innem ciałem, a nie przysadkowem. Autor we wniosku wypowiada zdanie, że hormony znajdujące się w moczu i dające odczyn A-Z, są hormonami przedniego płatu przysadki, a zachodzą one w procesach, związanych z przysadką lub podejrzanych o to związanie. Oczywiście materjał autorów jest za mały i wymaga rozszerzenia.

Nowicki (Lwów).

O wydzielaniu hormonów przedniego płatu przysadki mózgowej w moczu w schorzeniach wkrewnych. E. J. KRAUS. Klin. Wschr. Nr. 16, 1932.

Hirsch-Hoffmann stwierdził u chorych z guzami mózgu pojawianie się hormonu przedniego płatu przysadki mózgowej w moczu. Odnosi on to do ucisku wzmożonego śródczaszkowego, który działa drażniąco na przysadkę. Zależy to zresztą od siły ciśnienia, albowiem w razie znacznego ciśnienia może zachodzić nawet zanik przysadki. Otóż autor zauważa na podstawie 120 obserwacyj z przewlekłem podniesieniem ciśnienia śródczaszkowego powstawanie zmian w przednim płacie przysadki, która też ulega przeciwnie powiększeniu. A tylko w razie zniszczenia szypułki nie zachodzi powiększenie przedniego płatu, a przeciwnie nawet jego zmniejszenie. Pojawienie się prolanu w moczu może też być następstwem zmian rozrostowych przedniego płatu przysadki.

Nowicki (Lwów).

O wzajemnych stosunkach między przednim płatem przysadki a gruczołami płciowemi. W. HOHLWEG i M. DOHRN. Klin. Wschr. Nr. 6, 1932.

Wiadomo, że po wycięciu gruczołów płciowych powstają w przednim płacie przysadki zmiany postaciowe, mianowicie charakterystyczne komórki kastracyjne. Wiadomo też, że przedni płat przysadki zwierząt kastrowanych ma silniejsze działanie hormonalne, niż zwierząt prawidłowych. Autorowie zajęli się bliższem zbadaniem wzajemnego stosunku między przednim płatem przysadki a gruczołami płciowemi. Stwierdzili oni, że w 3 tygodnie po kastracji wspomniane komórki bardzo obficie pojawiają się w przednim płacie przysadki i że folikulina *(progynon)* może spowodować cofnięcie się (ustępowanie tych zmian) w przysadce. Mianowicie po podawaniu jej szczurzycom stwierdzili to ustępowanie, przyczem szczurzycom płciowo dojrzałym trzeba podawać znacznie większe dawki folikuliny, aby to osiągnąć. Ostatnio autorowie wypowiadają zdanie, że nie brak gruczołów płciowych, ale brak ich hormonu warunkuje powstawanie zmian postaciowych w przednim płacie przysadki po kastracji i wzmożenie produkcji jej hormonu. Udało się im u dziewiczych zwierząt z dziewiczemi gruczołami płciowemi otrzymać przedwczesne dojrzewanie, gdy tym dziewiczym szczurzycom w 3 tygodnie po ich kastrowaniu wszczepili dziewicze jajniki do nerki. Mianowicie zmieniona przysadka w 3 tygodniach po kastrowaniu zadziałała na wszczepiony dziewiczy jajnik, powodując to dojrzewanie. Ten przedni płat przysadki działa zatem na jajnik pobudzająco w kierunku tworzenia przez niego hormonu gruczołu płciowego. Wzajemnie jednak hormony gruczołów płciowych działają hamująco na przedni płat przysadki — i to wzajemne działanie prowadzi do równowagi między temi oboma narządami zależnie od wieku i płci zwierząt. Wynik badań autorów zaprzeczają zdaniu Zondeka i Berblingera, że folikulina ma stały wpływ na zmiany w przednim płacie przysadki, według badań H. i D. przeciwnie działa on hamująco na rozwój zmian w przysadce.

Nowicki (Lwów).

Tyroksyna i środkowy układ nerwowy. A. SCHITTENHELM i B. EISLER. Klin. Wschr. Nr. 1, 1932.

Sprawa wpływu środkowego układu nerwowego na czynności inkretoryczne i odwrotnie nie jest jeszcze zupełnie wyjaśniona. Odnośnie do tyroksyny wiemy, że działa ona bezpośrednio, nie mamy jednak pewnych dowodów na jej działanie za pośrednictwem układu środkowego nerwowego. Tyroksynę stwierdzić wprost w układzie nerwowym środkowym jest trudno — autorowie postanowili tedy wnosić o jej zawartości na podstawie obecności jodu w tym układzie i stosunku tego jodu do ilości tyroksyny wprowadzanej zwierzętom odnośnym w eksperymencie, wykonanym na psach, kotach i królikach. Autorowie przekonali się, że jod magazynuje się u tak traktowanych zwierząt przedewszystkiem i głównie w międzymóżdżu i guzie popielatym *(tuber cinereum)*, inne części mózgu mają niewielką i chwiejną ilość jodu. Już po 4 godzinach zawartość jodu znacznie się wzmaga w wymienionych częściach mózgu, a po 24 wraca do normy. Na podstawie tego dochodzą autorowie do wniosku, że tyroksyna, względnie jej zasymilowana substancja pochodna w układzie nerwowym środkowym tak działa, że jest magazynowana w międzymóżdżu — *tuber cinereum*, czyli w t. zw. ośrodkach wegetatywnych. To magazynowanie prowadzi do pewnych przemian materji tych ośrodków, które następnie ujawniają się, jako działanie ośrodkowo-nerwowe. Pokazuje się, że istnienie lub brak tarczycy wpływa na zawartość jodu w międzymóżdżu — *tuber cinereum*, podczas gdy na inne części mózgu zachowanie się tarczycy nie ma wpływu

Nowicki (Lwów).

Serce tyreotoksyczne w obrazie klinicznym i rentgenologicznym. ITELSON i KEILSON. Warsz. Czas. Lek. Nr. 14. 1932.

Istotą zmian wywołanych wzmożonem działaniem tarczycy jest nadmierne zapotrzebowanie tlenu przez tkanki. W tych warunkach *primum patiens* jest oczywiście narząd krążenia, a w szczególności serce, które musi ów głód tlenu szybko i sprawnie zaspokoić. Praca więc serca w tyreotoksykozie, aczkolwiek nieekonomiczna — wzmaga się niezmiernie, co po pewnym czasie odbija się na jego wydolności.

Opierając się na obserwowanych przeszło 50 przypadkach chorych z nadczynnością gruczołu tarczykowego, uważają autorzy, że najpewniejszym sprawdzianem tyreotoksykozy jest zachowanie się serca, obserwowane zwłaszcza na ekranie rentgenowskim. W przebiegu sprawy wyróżniają 4 okresy: 1) Serce o wyprostowanym lewym konturze, spowodowane przez wypuklenie tętnicy płucnej. Ruchy szybkie — bez wybitnej chybkości. 2) Kształt serca jak w okresie pierwszym, lecz ruchy wybitnie chybkie. 3) Zaokrąglenie zarysu lewej komory jako objaw przerostu. Ruchy chybkie. 4) Rozstrzeń serca — ruchy drobne, jako obraz niedomogi.

N. N. (Lwów).

Mikrobiologja.

Badania doświadczalne nad ziarnicą złośliwą (lymphogranulomatosis). B. FEJGIN i M. PŁOŃSKIER. Med. Dośw. i Społ. T. XIV. z. 1—2. 1931.

Badania nad ziarnicą złośliwą dotyczą przedewszystkiem jej etjologji i idą w trzech kierunkach. Pierwszy dopatruje się w tej sprawie procesu gruźliczego, drugi z badaniami, które prowadzą Negri i Miremeta stwierdzają w tym procesie obecność drobnoustroju, zbliżonego do t. zw. grupy *corynebacterium*, wreszcie inni (Kuczyński i Hauck) stwierdzali w wielkich komórkach Sternberga obecność nitek, należących do grupy promienicy.

Autorowie przeprowadzili szereg badań eksperymentalnych, w których w szczepieniach zwierzętom posługiwali się przedewszystkiem materjałem sekcyjnym, gdyż materjał ten pozwala na wykluczenie gruźlicy, czego nie można zrobić w szczepieniach materjałem, pobieranym od chorych. W części bakterjologicznej szczepiono na pożywki stałe i płynne krew i miazgę gruczołów limfatycznych, pobranych od chorych. Na 10 przypadków w 8 wyhodowali bakterję gramododatnią, podobną do maczugowca rzekomobłoniczego. W 5 przypadkach wykazali obecność *streptothrix*, rosnącego w postaci kolonij, gramododatniego i peptonizującego. Na podłożach ukazywały się najpierw prątki ziarniste gramododatnie, a następnie kolonje *streptothrix*. Z materjału kontrolnego

(43 przyp.) nie otrzymano drobnoustrojów opisanych, a 2 razy tylko *streptothrix*.

W dalszej części doświadczeń autorowie szczepili białym szczurom jałowo pobrane wycinki śledziony i gruczołów limfatycznych podskórnie i dootrzewnowo. Otóż autorowie u 8 na 22 szczurów stwierdzili w śledzionie obecność *streptothrix*, a 3 razy prątka ziarnistego. Zmiany anatomopatologiczne u szczurów były naogół mało wyraźne; śledziona była przeważnie powiększona, niekiedy gruczoły limfatyczne. U szczurów później zabijanych prawie nie stwierdzano zmian makro- i mikroskopowych. U nielicznych zwierząt w śledzionie lub gruczołach limfatycznych stwierdzano zmiany mikroskopowe, przypominające ziarnicę złośliwą.

Autorowie zakażali w dalszych doświadczeniach szczury zawiesiną prątków lub *streptothrix*, otrzymanych z materjału ludzkiego lub też ich mieszaniny. U zwierząt tych stwierdzano w kilka tygodni do kilku miesięcy po zakażeniu powiększenie śledziony, gruczołów limfatycznych, wyjątkowo zmiany w wątrobie, czyto ropnie w miejscu wstrzyknięcia lub w narządach innych. W przypadkach najstarszych zmiany były zwykle nieznaczne. Mikroskopowo obrazy zbliżały się do ziarnicy złośliwej.

Omawiając wyniki swych badań, w których otrzymali bakterje, podobne do *corynebacterium* i *streptothrix*, autorowie podnoszą obecność pierwszych jako dyfteroidów w ziarnicy złośliwej, a następnie wzajemny stosunek ich do *streptothrix*. Autorowie wypowiadają zdanie, że właściwy zarazek ziarnicy złośliwej należy do grupy drobnoustrojów, stojących na pograniczu pomiędzy grzybkami i bakterjami — a więc także promienicy, która nie może być ściśle odgraniczona od *streptothrix*. W związku z tem należy poruszyć zagadnienie wzajemnego stosunku gruźlicy i ziarnicy złośliwej. Niewątpliwie między temi chorobami istnieje pokrewieństwo — wszak prątek gruźlicy w hodowli może wytwarzać postacie nitkowate, podobne do *streptothrix*, a nowsze badania wykazują, że ze szczepów gruźlicy można otrzymać *streptothrix*. Te spostrzeżenia i uwagi wskazują na to, że zarazka ziarnicy złośliwej należy szukać wśród różnych rozwojowych postaci *„Actinomyces-Streptothrix"*. *Nowicki* (Lwów).

Epidemjologja i profilaktyka złośliwej błonicy. G. SALUS. Med. Klin. Nr. 15, 1932.

Forma złośliwej błonicy znacznie częściej wystąpiła w okresie powojennym, zjawisko wykazane statystycznie. Autor przypisuje to znacznie gorszym warunkom rozwoju dzieci w czasie wojny, czego następstwem była mała odporność ustroju przeciw zakażeniom. Bakterje z typu złośliwej błonicy nie wykazują wcale większych zdolności produkowania ani silniejszej ani więcej toksyny. Surowica swoista zwykle w tych razach wiele nie działa. Autor przyjmuje, że jad bakteryjny tak szybko poraził czynniki obronne ustroju, że ten mimo dostarczenia surowicy swoistej nie jest w stanie wyprodukować ciał obronnych. Często przyczyną złośliwości błonicy jest dołączenie się zakażenia paciorkowcowego, co w hodowlach udaje się wykazać. *Godłowski* (Kraków).

Badania nad oznaczeniem wartości przeciwbłoniczych szczepionek formolowych na zwierzętach, przy pomocy standartyzowanej szczepionki. W. KOLLE, PRIGGE, FISCHER. Med. Klin. Nr. 2, 1932.

Doświadczenia wykazują, że jednakowo wykonane, z tych samych toksyn szczepionki formolowe, mają zdolność wywolywania odporności nasilonej w różnym stopniu. Dlatego należy uprzednio przy pomocy toksyny standartowej wymiareczkować siłę owej szczepionki. Wielokrotne wstrzykiwania dają znacznie dłużej trwającą odporność. Badania porównawcze wskazują, że niema równoległości siły odporności z reakcją zmętnienia (Ramona), czy jednostkami wiązania (Krauzego). Metoda adsorbcyjna, jako metoda oczyszczająca może być stosowana, lecz wymaga dokładniejszych jeszcze studjów. *Godłowski* (Kraków).

Prawidłowa i sztuczna antytoksyna u konia. B. FEIERABEND. Čas. Lék. Čes. z. 7. 1932.

Większość koni posiada we krwi antytoksynę błoniczą prawidłową („naturalną"), w następstwie utajonych zakażeń jadem błoniczym, prawdopodobnie z powierzchni ran. Ilość prawidłowej antytoksyny u konia zależy, podobnie jak u człowieka, bądź od zdolności oddziaływania zwierzęcia (czynnik konstytucjonalny), bądź od sposobności do zakażeń (czynnik egzogenny). W większości przypadków ilość normalnej antytoksyny jest równocześnie wskaźnikiem zdolności oddziaływania zwierzęcia. Miano sztucznej antytoksyny u konia (przy wyrabianiu surowic) zależne jest od zdolności oddziaływania zwierzęcia, w większości przypadków zatem również od ilości normalnej antytoksyny. Z wiekiem wzrasta wprawdzie u konia ilość normalnej antytoksyny, nie wzrasta jednak zdolność oddziaływania. Nie należy zatem używać do uodparniania błoniczego starszych koni. Z koni, których używa Państwowy Zakład Higjeny w Pradze do wyrobu surowic, posiada 2/5 zwierząt < 1/100 JA w 1 cm^3 surowicy, 2/5 posiada 1/100 — 1/10 JA, 1/5 > 1/10 JA. Z koni pierwszej grupy dostarcza tylko 20% surowicy, dającej się użyć, z drugiej 60%, z trzeciej 75%. Wybór odpowiednich koni według ilości normalnej antytoksyny do wyrobu surowicy przeciwbłoniczej posiada zatem pewne znaczenie. Przy wyborze takim niema innego odczynu prócz zmianowania normalnej antytoksyny. *Ungar* (Lwów).

Obecność laseczek tężca w stolcu. MAYER, SPECTOR. Surg., Gyn. a. Obst. 1932, LIV/5.

Stolec zdrowych osób nierzadko zawiera laseczki tężca. Pooperacyjny tężec w przypadkach, w których można wykluczyć zewnętrzne źródło zakażenia, należy odnieść do zakażenia z przewodu pokarmowego. Nosiciele laseczek tężca znajdują się w stosunkowo dużej odsetce wśród ludności wiejskiej, w małej zaś wśród mieszkańców miast (w Chicago 1%). *Janik* (Iwonicz).

Czy pałeczka ziarnistości barwi się według Grama? J. SZYMAŃSKI. Przegl. Trach. i Okul. Społ. R. II. 1932. Nr. 1.

Bacillus granulosis opisany przez Noguchiego jako gramoujemny, a przez Moraxa jako gramododatni, barwi się wedle badań autora niejednolicie; nawet w tych samych hodowlach występują pałeczki, rozmaicie barwiące się met. Grama.

Dr. J. Grzedzielski (Lwów).

Serodiagnostyka gruźlicy z nowym wywoływaczem Witebsky-Klingensteina i Kuhna. V. KINDERMANN, J. SCHRAMEK. Med. Klin. Nr. 20, 1932.

Obie reakcje diagnostyczne przebiegają równolegle w gruźlicy czynnej, natomiast w procesach już wygasłych daje wyniki dodatnie odczyn z antygenem Besredki. Praktycznie, wynik dodatni odczynu Witebskiego daje tylko poparcie rozpoznaniu klinicznemu.

Godłowski (Kraków).

Tularaemia. HEUNINGER. Reichsgesundheitsblatt. Nr. 41.

Wykład o chorobie zakaźnej powstającej od ukąszenia dzikich gryzoniów a także przenoszonej przez muchy. Ze zwierząt domowych ulegają jej owce. W miejscu ukąszenia powstaje naciek, owrzodzenie, zapalenie dróg i gruczołów chłonnych przy wysokiej charakterystycznej gorączce przez 3 tygodnie. Śmiertelność 4%. Gotowanie niszczy zarazki w mięsie. Choroba znana dotychczas w Ameryce i Japonji, pojawiła się w Skandynawji.

K. Czyżewski (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Etjologja wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy. MATTHERS, DRAGSTEDT. Surg., Gyn. a. Obst. wrzesień 1932.

Autorowie wywoływali doświadczalnie wrzody trawienne przez wszczepianie skrawków ze ściany żołądka do jelita cienkiego, co w 80—100% przypadków dawało wyniki dodatnie. Spostrzegali również owrzodzenia w izolowanym żołądku Pawłowa, jak i przy zespoleniu żołądkowo-jelitowem po wyłączeniu soku dwunastnicowego i po uprzednio wykonanej resekcji odźwiernika. Jeżeli zespalano wyłączoną dwunastnicę z jelitem cienkiem 40 cm poniżej anastomozy, owrzodzenie pojawiło się tylko w 1 na 21 przypadków. Przypisać to należy zobojętniającemu działaniu soku dwunastnicy, który cofał się w kierunku zespolenia. Jeżeli uniemożliwiano cofanie się treści dwunastnicy, wrzody powstawały znacznie częściej. Sztucznie wywołane owrzodzenia błony śluzowej żołądka nie goiły się zupełnie, jeżeli zapomocą specjalnej zapory przeszkodzono cofaniu się zasadowej treści dwunastnicy do żołądka. Doświadczenia te wykazują dowodnie, że głównym czynnikiem w powstawaniu tych owrzodzeń jest chemiczne działanie soku żołądkowego. *Michałowski* (Lwów).

Koncentryczna diagnoza różniczkowa w schorzeniach żołądka. W. VEZER. Med. Klin. Nr. 16, 1932.

Wykonuje badania: dokładna anamneza, obraz kliniczny, chemizm żołądka po próbnem śniadaniu, próbę histaminową, chromoskopję, bad. rent., opadanie krwinek. O ile wydzielanie błękitu metylenowego nie następuje, a brak kw. solnego nie ustępuje po próbie histaminowej, a Roentgenem w żołądku stwierdza się wypuklenie lub ubytek, wówczas jest pewny nowotwór żołądka. O ile próba z błękitem metyl. jest przyśpieszona, kwasota po histaminie wzrasta do 100% wartości uzyskanych po próbnem śniadaniu przy wypukleniu lub ubytku w żołądku w obrazie rentgen. i utrudnionem przechodzeniu treści pokarmowej, wówczas rozpoznajemy *ulcus ventriculi* z nadkwaśnością lub *ulcus callosum*. Jeśli próba

barwikowa jest opóźniona, a niedokwaśność po histaminie nie wzrasta lub najwyżej do 50%, przy ujemnym obrazie rent., mamy do czynienia z chronicznym nieżytem żołądka z wtórną niedokwaśnością. Zaś jeśli próba barwikowa występuje po 6—10 min., a po histaminie kwasota wzrasta do wartości większych od 50% przy ujemnym radjogramie, mamy do czynienia z kwaśnym nieżytem żołądka. O ile próba barwikowa występuje po 6—10 min. zaś po histaminie wzrasta najwyżej do wartości 50—70% i przy powolnem nasileniu utrzymuje się przez pewien czas, a następnie wolno opada, przy ujemnym radjogramie, wówczas mamy normalny żołądek. *Godłowski* (Kraków).

Źródło błędu w metodzie Lewina badania czynności żołądka. I. FREUND. Med. Klin. Nr. 17. 1932.

Po wprowadzeniu do żołądka próbnego śniadania w odczynie alkalicznym z czerwienią fenolową, w 20 min. wydobywa się zpowrotem treść żoł. i oznacza się miareczkowaniem stopień kwasoty, a z ilości brakującego śniadania wnosimy o wydolności ruchowej żołądka. By uniknąć błędu w wartościach kwasoty, poleca autor po dokonaniu tego doświadczenia przepłókać żołądek 50 cm³ ciepłej wody i obliczyć w niej kwasotę, dodając ją do liczby Mahieu-Remonda. *Godłowski* (Kraków).

Zapobieganie fosfaturji i wytwarzaniu się złogów fosforanowych w drogach moczowych wskutek leczenia alkaljami wrzodu żołądka i dwunastnicy. O. PORGES, E. DEUTSCH, ESSENYI. Med. Klin. Nr. 14, 1932.

W następstwie doprowadzania wielkich ilości zasad przy leczeniu owrzodzeń żołądka i dwunastnicy występuje alkaliurja, mogąca powodować wytrącanie się fosforanów i tworzenie złogów tych soli. Zapobiec temu można przez równoczesne podawanie chlorku amonu, które usuwa to uboczne działanie leczenia zasadami przez utrzymanie odczynu kwaśnego moczu i przez to niemożność wytrącania się fosforanów.

Godłowski (Kraków).

Rak woreczka żółciowego i przewodów żółciowych. JUDD, GRAY. Surg., Gyn. a Obst. wrzesień 1932.

Zestawienie 212 przypadków pierwotnych nowotworów złośliwych woreczka żółc. oraz 100 przypadków nowotworów przewodów żółciowych. W 74% raka woreczka zdarza się u kobiet. Rak przewodów żółciowych w 51% występował u mężczyzn. Wiek przeciętny wszystkich pacjentów wynosił 57 lat. Najmłodszy przypadek miał lat 23, najstarszy 78. Obraz kliniczny raka woreczka nie jest wyraźny, a zależy od równoczesnej kamicy, zakażenia i istniejącego zapalenia trzustki. Kamicę znaleziono w 64.6% przypadków. *Michałowski* (Lwów).

Rak pęcherzyka żółciowego. H. FINSTERER. Med. Klin. Nr. 13. 1932.

Rak pęcherzyka żółciowego jest schorzeniem rzadkiem, niemniej bardzo niebezpiecznem. Rozwija się najczęściej na tle chronicznej kamicy żółciowej połączonej ze stanem zapalnym woreczka żółciowego. W rozpoznaniu tego schorzenia zachodzą częste pomyłki z powodu podobieństwa objawów z kamicą żółciową. Dlatego poleca usuwać chronicznie zmienione woreczki żółciowe niejako zapobiegawczo, zwłaszcza tam, gdzie występuje rodzinnie rak innych narządów. Jeśli w czasie zabiegu istnieje nawet nieznaczne podejrzenie w kierunku raka woreczka żółciowego, wówczas poleca radykalne postępowanie, a mianowicie wraz z woreczkiem usunięcie otaczającej tkanki wątrobowej.

Godłowski (Kraków).

Opadnięcie trzewi nabyte w otyłości. H. KOPF. Med. Klin. Nr. 19, 1932.

Autor rozróżnia dwa typy opadnięcia trzewi: Z przyczyn nabytych i przyczyn konstytucjonalnych. Zajmuje się tylko sprawą nabytą. Opadnięcie trzewi spowodowane jest nietylko sprawami takiemi, jak ciąża, guzy jamy brzusznej, wolnym płynem jamy otrzewnowej, ale też szybkiem przybraniem na wadze, zwłaszcza otyłością powłok brzusznych, nieodpowiedniem zachowaniem się po ciąży, zmianą trybu życia, nieodpowiedniem ubraniem. U ludzi, u których odległość między spojeniem łonowem a mostkiem jest niewielka, otyłość powłok brzusznych szybko powoduje powstanie brzucha obwisłego, a z tem pociągnięcie trzewi. Dzieje się to wskutek braku współistnienia skurczu powłok brzusznych przy skurczach przepony. Szybkie przytycie, zwłaszcza w krezce trzewi jest również powodem ich opadnięcia. W okresie po ciąży, wtedy gdy powłoki są rozciągnięte, nawet lekkie wysiłki fizyczne, o ile nie używa się odpowiednich pasów, powodują ich rozciągnięcie. Osobnicy używający wiele sportu, którzy nagle zmieniają tryb życia, prowadząc tryb siedzący, doprowadzają również do osłabienia mm. brzucha z obj.: osłabienie, niechęć do pracy, bóle głowy, zawroty, bicia serca, niepokoje, uczucie rzekomej zgagi, polegające na rozpychaniu opadniętego żołądka połkniętem powietrzem, zaparcie stolca, które często w przebiegu przypadkowych chorób zmuszających do leżenia ustępuje. Jako leczenie poleca wychudnięcie tam, gdzie przyczyną było przytycie, używanie sportów, opaski na brzuch odpowiednio dobrane, zaś ze środków czyszczących zaleca używanie soli czyszczących. U zdrowych sercowo gimnastyka mm. brzusznych.

Godłowski (Kraków).

Znaczenie dreszczy i żółtaczki w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. H. MEYERING. Med. Klin. Nr. 13, 1932.

Dreszcze i żółtaczka w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego są bezwzględnem wskazaniem do zabiegu operacyjnego, są jednak objawami rzadkiemi. Są one powodowane istnieniem w ustroju procesu septycznego. Przed zabiegiem istnienie tych objawów jest wskazaniem do zabiegu, zaś istnienie ich po zabiegu oper. dowodzi rozszerzania się procesu zakaźnego, mimo usunięcia źródła zakażenia. Nie jest zwolennikiem podwiązywania v. *ileocolica* jako zabiegu powstrzymującego rozszerzanie się procesu septycznego drogą krwi. *Godłowski* (Kraków).

Diagnostyka rentgenologiczna przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. M. IZRAELSKI, H. WANDEL. Med. Klin. Nr. 16, 1932.

Niewypełnienie się lub wykazalne zrosty około wyrostka robaczkowego, przy istnieniu niepewnych dolegliwości klinicznych, pozwalają zorjentować się w właściwem rozpoznaniu i skierować leczenie na odpowiednie tory. *Godłowski* (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Sekcja do zwalczania alkoholizmu Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

P o s i e d z e n i e z dnia 24 czerwca 1932 r. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych.

O b e c n i, j a k o C z ł o n k o w i e S e k c j i: Dr. Eugenjusz Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Jan Adamski, Dr. Witold Chodźko, Doc. Dr. Gustaw Szulc, Dr. Henryk Kłuszyński, p. Stypiński, Naczelnik w Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publ., p. Kazimierz Kalinowski z Krakowa, p. Szymański, referendarz w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i jako r z e c z o z n a w c y: Prof. Dr. Zofja Daszyńska-Golińska, Dr. Józef Kowalczewski, Naczelnik Wydziału w Min. Spraw Wewnętrznych, p. Moczydłowska-Niekraszowa, p. Aleksander Iżycki, Dr. Henryk Zajączkowski, Dr. St. Deresz, Dr. Stanisław Stypułkowski.

Na porządku dziennym:

I. Sprawa organizacji walki z alkoholizmem na terenie całego Państwa.

II. Sprawa organizacji lecznictwa alkoholików.

Przewodniczy Dr. Eugenjusz Piestrzyński.

Protokół prowadzi H. Rawicz-Szczerbo.

Dr. Eugenjusz Piestrzyński otwiera posiedzenie, poczem p. Jan Szymański wygłasza referat treści następującej: Sprawa organizacji walki z alkoholizmem na terenie całego Państwa (stan obecny i dezyderaty).

Mówca zaznacza, iż w walce z alkoholizmem główny nacisk został położony na przeprowadzenie ustawy w Sejmie, a następnie obrony tej ustawy. Obecnie, gdy weszła w życie nowa ustawa antyalkoholowa, należy położyć szczególny nacisk na uświadamianie mas co do konieczności walki z alkoholizmem. Jednocześnie prowadzi się walkę o istnienie funduszu alkoholowego.

W związku z wprowadzeniem nowej ustawy można zauważyć wyniki ujemne, liczba gmin suchych 270 spadła do 14. Rozszerza się tajne gorzelnictwo, częściowo w związku ze zbyt wysokiemi cenami legalnego produktu, włościanie piją samogonkę, poza tem w wielu miejscowościach rozszerza się użycie eteru; w związku z temi zjawiskami rosną potrzeby w dziedzinie wydawnictw antyalkoholowych, powstaje konieczność stworzenia filmu antyalkoholowego. Należy wciągnąć do ruchu antyalkoholowego nauczycielstwo i samorządy.

Jako zjawiska dodatnie z ubiegłych 10 lat można zanotować: uchwały 12 i 13 zjazdu lekarzy i przyrodników polskich o doniosłości społecznej walki z alkoholizmem i konieczności stopniowej likwidacji Państwowego Monopolu Spirytusowego, uchwały zjazdu lekarzy psychjatrów, żądające prowadzenia systematycznej walki z alkoholizmem. W akcji uświadomienia społeczeństwa na pierw-

szem miejscu postawić należy systematyczne kursy alkohologji, kursy te należy urządzać częściej, niż dotychczas, i specjalne kursy instruktorskie.

Wkońcu mówca przedstawia następujące wnioski:

Sekcja do walki z alkoholizmem przy Państwowej Naczelnej Radzie Zdrowia uważa za niezbędne w celu usprawnienia i koordynacji usiłowań w walce z alkoholizmem w Państwie:

1) Zwrócić się do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą: a) o wprowadzenie obecnie alkohologji, jako przedmiotu obowiązującego, we wszystkich seminarjach nauczycielskich oraz o przeznaczenie na pogadanki i wykłady o alkoholiźmie w szkołach powszechnych i średnich przynajmniej 4—6 godzin rocznie; w wypadku braku odpowiednich sił nauczycielskich należy korzystać z pracy wędrownych nauczycieli abstynentów, wybranych z pośród jednostek czynnych w szkolnictwie, a urlopowanych specjalnie do tego celu; b) o wprowadzenie do programów kursów uzupełniających, dokształcających i dla nauczycieli alkohologji, jako przedmiotu obowiązkowego, i c) aby na konferencje „rodzicielskie“ wprowadzono m. i. jako temat zagadnienie alkoholu wśród dzieci i walki z nim.

2) Zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wojskowych z prośbą o wydanie zarządzenia, aby referenci oświatowi w wojsku prowadzili wykłady o alkoholiźmie z szczególnem uwzględnieniem momentu łączności między alkoholizmem a niesubordynacją i chorobami wenerycznemi i ogólną fizyczną i psychiczną sprawnością armji.

3) Zwrócić się do Ministerstwa Komunikacji z prośbą, a) aby przy opracowaniu statystyki wypadków nieszczęśliwych na kolejach uwzględniano w rubryce przyczyn przypadków także i alkoholizm, b) aby na kursach instruktorskich i dokształcających odbywały się obowiązkowe wykłady z dziedziny alkohologji.

4) Zwrócić się do Ministerstwa Sprawiedliwości, aby przy opracowywaniu statystyki przestępczości uwzględniano alkoholizm, jako jedną z przyczyn przestępstw.

5) Zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z prośbą o wprowadzenie do programów Zjazdów lekarzy powiatowych zagadnienia walki z alkoholizmem i o włożenie na tych lekarzy obowiązku żywszego zainteresowania się tą sprawą.

6) Zwrócić się do Departamentu Samorządowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z prośbą, aby wpłynął na samorządy wojewódzkie, miejskie i powiatowe w kierunku czynnego zajęcia się zwalczaniem alkoholizmu.

7) Zwrócić się do Komendy Głównej Policji Państwowej z prośbą o wprowadzenie do programu szkół i kursów policyjnych alkohologji, jako przedmiotu obowiązującego.

8) Zwrócić się do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą o wprowadzenie alkohologji do programów szkół rolniczych i kursów gospodarstwa wiejskiego.

9) Zwrócić się do Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego o wprowadzenie do programów Instytutów, studjów i kursów fizycznego wychowania alkohologji, jako przedmiotu obowiązującego.

10) Zwrócić się do Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych z prośbą: 1) aby w statystyce chorób i przyczyn śmierci była wprowadzona rubryka alkoholizmu, i 2) aby Okręgowe Związki Kas Chorych urochomiły objazdowe wystawy przeciwalkoholowe na wzór istniejących już podobnych wystaw w Okręgowym Związku Kas Chorych w Krakowie i Lwowie.

II. Sprawa organizacji lecznictwa alkoholików (przychodnie i lecznice) ref. Dr. Henryk Zajączkowski, Dyrektor zakładu w Gościejewie.

Lecznictwo alkoholików jest działem lecznictwa psychjatrycznego, które wyróżnia się z jego całości przedewszystkiem procentem wyleczeń, jakie można w dziedzinie tej uzyskać. Z tej racji już li tylko ze względów utylitarnych lecznictwo to powinno być zorganizowane jak najlepiej i stać jak najwyżej, gdyż może odegrać ono poważną rolę w bilansie ludzkim danego społeczeństwa. Tak np. w Niemczech, gdzie lecznictwo alkoholików stoi najwyżej i gdzie procent stałych uleczeń waha się od piętnastu do sześćdziesięciu procent, ilość uleczonych pacjentów rocznie, przy 2.000 łóżek w 65 zakładach dla alkoholików, wynosi około tysiąca, co nawet w tak wielkim narodzie, jak niemiecki, odgrywa poważną rolę. Opierając się na doświadczeniach niemieckich i stosunku liczebnym naszego społeczeństwa do niemieckiego, należy przypuszczać, że w promieniu lat kilku należałoby rozbudować lecznictwo to, abyśmy mogli posiadać w zakładach dla walki alkoholików 1.000 łóżek; znaleźlibyśmy się wtedy w sytuacji takiej, jaka jest pod tym względem obecnie w Niemczech. Również i ilość przychodni winna wzrosnąć proporcjonalnie; w Niemczech obecnie jest ich już około 500. Stawianie kwestji, która z instytucyj leczniczych jest skuteczniejsza i ważniejsza — przychodnia czy zakład, jest niecelowe, gdyż obie te instytucje są konieczne i tylko przy wzajemnej ich współpracy lecznictwo alkoholików może osiągnąć poważne rezultaty. Zakłady dla alkoholików powinny być organizowane na większą ilość pacjentów co najmniej 100, gdyż małe zakłady są bardzo kosztowne i z tej racji nie mogą przyjmować pacjentów ubogich. Zakłady dla alkoholików w przyszłości powinny być zorganizowane w ten sposób, aby prócz chorych samopłacących mogli się w nich leczyć i chorzy ubodzy tak, jak to jest obecnie w zakładach psychjatrycznych, wtedy jedynie będą mogły zakłady dla alkoholików spełnić swą rolę społeczną. Leczenie alkoholików w zakładach psychjatrycznych nie będzie miało nigdy szans osiągnięcia poważnych rezultatów, co wykazało doświadczenie, zrobione w Niemczech i Szwajcarji, i dlatego można je traktować, jako okres przejściowy, lub też celowem jest jedynie w wyjątkowo ciężkich i specjalnych wypadkach. Wobec tego, że powyższy plan rozbudowania zakładów dla alkoholików w tak dużym zakresie jest w danym momencie nie do urzeczywistnienia, należałoby w najbliższej przyszłości jedynie wykończyć budujący się zakład dla nałogowców w Swiacku, który jest obliczony na 120 pacjentów, i zorganizować leczenie alkoholików w ramach zakładów psychjatrycznych w ten sposób, ażeby miało ono jak największe szanse powodzenia. W tym celu należałoby we wszystkich zakładach psychjatrycznych wydzielić wszystkich alkoholików i nałogowców w oddzielnym pawilonie, móc zastosować względem nich specjalny tryb leczniczo-wychowawczy, który jest podstawą lecznictwa nałogowców. W tym kierunku poszły już zakłady psychjatryczne w Choroszczy i Kościanie. Tak jak obecnie się to dzieje w zakładach psychjatrycznych, to nałogowcy są dosłownie ich plagą, przyczyniając ogromnie dużo trudności lekarzom i personelowi zakładu, z drugiej zaś strony cierpią oni bardzo sami na niedostosowaniu do warunków zakładu psychjatrycznego. Utworzenie oddzielnych pawilonów dla nałogowców w ramach zakładów psychjatrycznych w dużym stopniu zmieni te niepożądane skutki niedopasowania zakładu psychjatrycznego do celów leczniczych alkoholików. Drugi rodzaj instytucyj leczniczych dla alkoholików, to jest przychodnie, mają duże szanse szybkiego rozwoju w Polsce z racji istniejących już ośrodków zdrowia, przy których bez większych nakładów można zorganizować przychodnie przeciwalkoholowe. Należałoby się kierować w najbliższej przyszłości zasadą, by przynajmniej większe miasta, liczące ponad 50 tysięcy mieszkańców, posiadały przychodnie przeciwalkoholowe. W celu usprawnienia działalności przychodni przeciwalkoholowych należałoby zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, ażeby poleciło ono prowadzenie w tych miastach, gdzie te przychodnie istnieją, specjalne rejestrowanie zajść i zaburzeń porządku publicznego na tle alkoholowem, dostarczając te rejestry przychodniom przeciwalkoholowym. W celu bliższego i dokładniejszego zapoznania z nowoczesnemi metodami lecznictwa alkoholików ogółu lekarzy, należałoby zwrócić specjalną uwagę na sprawy te w wykładach przy istniejących katedrach psychjatrycznych uniwersyteckich w Polsce i położyć na studjum to specjalny nacisk.

Mówca zgłasza następujące wnioski:

Sekcja do walki z alkoholizmem przy Państwowej Naczelnej Radzie Zdrowia, uważa za niezbędne, w celu usprawnienia i rozszerzenia organizacji lecznictwa alkoholików:

I. Zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z prośbą:

a) o możliwie jak najrychlejsze wykończenie budowy i uruchomienie zakładu nałogowców w Swiacku Wołłowiczowskim,

b) o utworzenie przychodni przeciwalkoholowych przy istniejących już ośrodkach zdrowia, szczególnie w miastach, liczących ponad 50.000 mieszkańców,

c) o zalecenie zakładom psychjatrycznym tworzenia specjalnych oddziałów dla nałogowców, gdzie możnaby prowadzić właściwy tryb leczniczo-wychowawczy.

II. Zwrócić się do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą o specjalnie obszerne uwzględnienie i położenie nacisku na stadjum lecznictwa alkoholików przy wykładach uniwersyteckich w zakresie katedr psychjatrycznych.

Prof. Dr. Daszyńska-Golińska zaznacza, iż racjonalnem byłoby wprowadzenie alkohologji we wszelkich szkołach zawodowych, do wszelkich studjów oświaty pozaszkolnej i na specjalnem studjum pracy społecznej w Wolnej Wszechnicy Polskiej; słuchacz jednakże winien nietylko przesłuchać kurs, ale składać egzamin.

Należy zastanowić się nad tem, jak przystosować alkohol do celów technicznych.

P. Kalinowski zgłasza następujące wnioski:

Sekcja dla walki z alkoholizmem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia zwraca się do organizatorów prelekcyj popularno-naukowych przy wyższych zakładach naukowych, by stale uwzględniali tematy z dziedziny alkohologji — za przykładem „Powszechnych Wykładów Uniwersytetu Jagiellońskiego“, które prowadzą stały

dział przeciwalkoholowy na swoim terenie w województwach krakowskiem, kieleckiem i śląskiem.

Sekcja do walki z alkoholizmem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia zwraca się do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z prośbą, by, organizując kursy dla przeszkolenia personelu kierowniczego i wychowawczego dla zamkniętych zakładów opiekuńczo-wychowawczych, uwzględniało szerzej sprawę uświadomienia o niebezpieczeństwie alkoholizmu, przedewszystkiem dla dzieci rodziców-alkoholików, zapełniających tego rodzaju zakłady.

Dr. Stypułkowski wypowiada się za planem lecznictwa alkoholików, jaki przedstawił Dr. Zajączkowski.

Rezultaty lecznictwa alkoholików winny być podawane do wiadomości ogółu, jak również wyniki pracy poradni antyalkoholowych.

Dr. Chodźko porusza zagadnienie doboru sił fachowych, odpowiednich na prelegentów. Mówca zwraca uwagę na koncentrację lecznictwa w jednym zakładzie; istotnym ośrodkiem lecznictwa jest zakład psychjatryczny. Centralnem zagadnieniem lecznictwa alkoholików jest przychodnia; przychodni tych w Państwie jest znikoma ilość.

Kodeks karny winien być zmieniony po linji racjonalnego ustosunkowania się do karania przestępstw, popełnianych w stanie upojenia alkoholowego; stwierdzenie stanu upojenia nie może być okolicznością łagodzącą.

Dr. Kłuszyńska podkreśla, że zagadnienie alkoholizmu ma dla kas chorych niezmierne znaczenie; sprawa wczesnego lecznictwa jest łatwiejszą rzeczą w kasach chorych. Należy przeszkolić lekarzy w odpowiedni sposób i ośrodki lecznicze kas chorych winny być zarazem ośrodkami walki z alkoholizmem; zamierzone jest na początku urządzenie kursu dla lekarzy kasowych w Łodzi.

Dr. Deresz znajduje, że propagandę walki z alkoholizmem należy zacząć od odpowiedniego przeszkolenia w tym kierunku lekarzy, którzy naogół nie znając zagadnienia, lekceważą je. Mówca zwraca uwagę, że uniwersytety nie przygotowują w odpowiedni sposób kandydatów.

P. Szymański odczytuje nadesłane wnioski p. Duchowicza, członka Sekcji do walki z alkoholizmem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia:

1. Wobec niezbitego faktu, że skuteczna walka z plagą alkoholizmu społeczeństw wymaga wszechstronnego i szczerego uświadomienia wszystkich warstw społeczeństwa, dlatego jest rzeczą konieczną wprowadzenie alkohologji jako przedmiotu obowiązkowego: a) na wszystkich wydziałach szkół akademickich łącznie ze studjum teologicznem, b) we wszystkich szkołach średnich ogólnokształcących i zawodowych i powszechnych w Państwie i c) we wszystkich zakładach dla kształcenia nauczycieli szkół powszechnych, przyczem prawo nauczania tego przedmiotu powinni mieć wyłącznie ludzie wszechstronnie obznajomieni z zagadnieniami alkohologji oraz praktykujący w swem życiu prywatnem abstynencję od napojów upajających (napojów alkoholowych).

2. Ze względu na zbyt powszechne zapominanie ze strony zarządów i dyrekcyj szkół powszechnych i średnich o obowiązku wykonywania istniejących okólników, wydanych przez władze centralne w sprawie propagandy bezwzględnej trzeźwości wśród młodzieży, należy uprosić Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, aby w porozumieniu z Min. Rolnictwa i Reform Rolnych poleciło jej najściślejsze przestrzeganie treści dotyczących okólników pod rygorem surowej odpowiedzialności tych, którzy okażą się winni zaniedbania.

3. Ze względu na konieczność rozumnego, szczerego, a przytem ścisłego przestrzegania ustaw o ograniczeniu w używaniu napojów alkoholowych przez ludność, należy jak najrychlej urządzić szczegółowe kursy dokształcające dla sędziów, urzędników administracji politycznej i Policji Państwowej z zakresu alkohologji nowoczesnej, przyczem wykładającemi osobami na tego rodzaju kursach winni być ludzie obznajomieni z całokształtem zagadnień alkohologji i szczerze uprawiający abstynencję od napojów upajających.

4. Wszelkie zakłady naukowe należy zaopatrzyć w pomoce naukowe do walki z alkoholizmem.

P. Szymański zaznacza, że Monopol Spirytusowy zajął się kwestją techniczną użytkowania spirytusu; poza tem mówca podkreśla, że kurs dla lekarzy w Państwowej Szkole Higjeny nie miał ani jednej godziny, poświęconej alkohologji.

Dr. Zajączkowski nie może się zgodzić z p. Dr. Chodźką co do umieszczania alkoholików w zakładach psychjatrycznych; w zakładach tych alkoholików unikają. Należy dążyć do tworzenia zakładów, przeznaczonych specjalnie dla alkoholików.

Dr. Chodźko zaznacza, że obecnie nie istnieje możność stworzenia zakładów dla masowego leczenia alkoholików; wracając zaś do wykładów w Państwowej Szkole Higjeny, to Szkoła Higjeny nie wykształciła instruktorów, wykłady mają charakter propagandy. Należy jednakże stworzyć kurs instruktorski.

W wyniku obrad uchwalono zgłoszone wnioski przekazać do opracowania i przedłożenia na następne posiedzenie komisji w składzie p. Szymańskiego, Dr. Stypułkowskiego i A. Iżyckiego.

Wniosek Ks. Dr. Jana Ciemniewskiego. Celem wychowania prelegentów do walki z alkoholizmem, należy bezzwłocznie zaprowadzić wykłady o alkohologji we wszystkich zakładach kształcenia nauczycieli szkół powszechnych oraz na wszechnicach, jako przedmiot obowiązkowy dla słuchaczów.

Wniosek Prof. Dr. Pawła Gantkowskiego. Wybór członków sekcji lekarskiej dla organizacji działu referatów o istocie, nauce alkoholizmu i walki z nim na przyszłoroczny zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Przewodniczący: *Adamski.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z XXVII posiedzenia naukowego z dnia 4 listopada 1932.

Przewodniczący: Kol. S. Ruff.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. Prezes zaprasza obecnych do wzięcia udziału w zjeździe Dyrektorów Szpitali.

3. Kol. Prezes uczcił pamięć zmarłego członka honorowego ś. p. Józefa Babińskiego wspomnieniem pośmiertnem:

Do ciężkich strat, jakie poniosła w czasach ostatnich Neurologja polska przez śmierć Flataua i Goldflama, przyłącza się nowa, może najcięższa:

Józef Babiński zmarł w Paryżu w 75 roku życia.

Chwila, w której czcimy pamięć zmarłych Kolegów, jest dla każdego z nas niezwykle smutną, ale i podniosłą zarazem, jeżeli na życie zmarłych z dumą spoglądać możemy, jeżeli pracą swą wsławili nietylko imię własne, ale i nauki polskiej, a szczególnie, jeżeli mimo stałego pobytu na obczyźnie zostali wiernymi synami Ojczyzny.

Ś. p. Józef Babiński odszedł nietylko jako nasz najlepszy neurolog, ale jako jeden z najwybitniejszych wogóle. Uszczuplilibyśmy sławę Jego imienia, gdyby wzbudzało w nas zawiść — zamiast dumy, że Francuzi, którzy wydali ze siebie tak wielką ilość znakomitych neurologów, mówią o Babińskim jako o swym wielkim Mistrzu. Babiński był Polakiem, a neurologiem zarówno polskim, jak francuskim i każdego innego narodu w równej mierze.

Mistrz neurologji urodził się w Paryżu, jako syn Polaka emigranta w dniu 17-go listopada 1857 roku i w Paryżu spędził całe swoje życie. Jako *Chef de Clinique* pracował zrazu u Charcota w *Salpêtrière*, a od roku 1890 pracował jako *Médecin des Hôpitaux*. Ogłosił szereg prac z najrozmaitszych dziedzin neurologji, wsławił się przez swoje badania nad wiądem rdzenia, rozsianem stwardnieniem centralnego układu nerwowego i histerją oraz uczynił swe nazwisko nieśmiertelne przez swe studja nad odruchami patologicznemi i nad patofizjologją móżdżka. Przez długie lata kształcił Babiński młode pokolenia neurologów i błyszczał wśród starszych na ich posiedzeniach naukowych. W roku 1914 został obrany członkiem Akademji Medycyny w Paryżu, następnie członkiem Królewskiego Towarzystwa Medycznego w Londynie i wielu innych. Uniwersytet Jana Kazimierza uczcił go najwyższem swem odznaczeniem, nadając mu tytuł doktora *honoris causa*, a Tow. lek. mianowało członkiem honorowym.

Babiński pozostał Polakiem do ostatnich swych dni. W ciężkich latach powojennych stał na czele akcji niesienia pomocy materjalnej studentom Polakom U. J. K. razem z Wł. Mickiewiczem, Danyszem i znajdującym się wówczas w Paryżu Prof. Koskowskim, czasopismo zaś nasze Neurologja Polska wychodziła przy jego współudziale.

Cześć nieodżałowanej pamięci Zmarłego!

Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

4. Kol. Cybulska Ewa, człon. Tow.: przedstawiła *rentgenogramy 2 przyp. hernia mediastinalis i podała objawy przysłuchowe w tychże.* (Ukaże się drukiem w P. G. L.).

W dyskusji: Kol. Tyszka, człon. Tow., podkreśla, że dotychczas różni autorowie podawali jako objaw przysłuchowy nad przepukliną śródpiersia brak szmerów, w przypadkach Kol. C. był oddech dzbanowy.

5. Kol. Tyszka, człon. Tow.: przedstawił *rentgenogramy z odmą podprzeponową.* (Ukaże się drukiem w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji: Kol. Tomanek, człon. Twa, zapytuje, w którym przestworze międzyżebr. wykonywano odmę.

Kol. Węgrzynowski, człon. Twa, omawia z własnych spostrzeżeń dwa przypadki *pneumopericardium*, jako powikłanie odmy opłucnowej i podnosi, że nawet najwprawniejszemu może się zdarzyć przypadek odmy otrzewnowej.

6. Kol. Groër, człon. Twa, wygłosił wykład: *Diagnostyka prognostyczna w gruźlicy*. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji: Kol. Chwalibogowski Artur, człon. Tow., podkreśla prostotę metody przedstawionej przez prelegenta i wyraża życzenie, żeby tą metodą przebadano większą ilość przypadków różnych postaci gruźlicy.

Kol. Jaburek, człon. Tow., zapytuje prelegenta o wyjaśnienia przedstawionego wykresu.

Kol. Ziemilski, człon. Twa, podaje spostrzeżenia własne nad obrazem krwi według Schillinga i odczynem Biernackiego w gruźlicy; zapytuje, jak zachowywał się odczyn Biernackiego w obserwowanych przez prelegenta przypadkach i czy można przedstawioną metodę zastosować u dorosłych.

Kol. Czabanówna, człon. Twa, zapytuje, czy wprowadzanie tuberkuliny nie wpływa na zmianę odczynu.

Kol. Ostrowski Tad., człon. Tow., zapytuje, czy próba zapowiada poprawę, czy występuje równocześnie z poprawą kliniczną.

Kol. Jankowski Jan, człon. Twa, podaje, że pracując na Klin. laryngol. U. J. K. nad alergją przy twardzieli, zauważył, że reakcje skórne na różne rozcieńczenia antygenu twardzielowego w przypadkach świeżych, gdzie alergja nie jest ustalona, nie różnią się między sobą w tym stopniu, co w przypadkach starszych. Spostrzeżenia te pokrywają się doświadczeniami prelegenta.

Kol. Lenartowicz, człon. Twa, podkreśla prostotę metody, o ile chodzi o wykonanie, a trudność w odczytywaniu. Sądzi, że reakcja zależy nietylko od rozcieńczenia lecz także od techniki. Zapytuje, czy przy zmianie reakcji nie zachodziła desenzybilizacja.

Kol. Węgrzynowski, człon. Twa, zwraca uwagę na słaby odczyn Pirqueta w gruźlicy gruczołowej, jeżeli odczyn wykonano pierwszy raz i silnie dodatnie odczyny następne, natomiast według prelegenta szereg razy po sobie wykonane odczyny tuberkulinowe były jednakowe.

Kol. Pisek, człon. Twa: mowa była w referacie o prognozie gruźlicy u dzieci, u dorosłych prognoza b. trudna, niemożliwa, daleka od rozwiązania, dlatego dobrzeby było uzyskać pewne dane prognostyczne u dorosłych. Co do odcz. Biernackiego sądzi, że musi być brany w rachubę łącznie z innemi danemi. Zapytuje prelegenta, jak zapatruje się na bakterjemję gruźliczą Löwensteina.

Kol. Tomanek, człon. Twa, zapytuje, w którem miejscu krzywej lokalizuje prelegent te przypadki ujemnych odczynów tuberkulinowych, które odpowiadają klinicznie ciężkim przypadkom gruźlicy, co do których prognoza już w spostrzeganiu klinicznem niejednokrotnie da się osądzić.

W odpowiedzi: Kol. Groër: w przedstawionym wykresie nie chodzi o bezwzględną wartość rzędnych i odciętych, lecz o stosunek odcinków na osi rzędnych i odciętych. Przedstawiona metoda ma wartość diagnostyczną i prognostyczną. Desenzybilizacja nie istnieje w przyjętej przez prelegenta terminologji. Tuberkulina najpierw wzmaga, potem obniża wrażliwość, dlatego odczyn Pirqueta w niektórych wypadkach wypada coraz silniej, w przedstawionych przypadkach nie wykonywano odczynu tuberkulinowego codzień, lecz w dużych odstępach czasu. W prognozie trzeba być ostrożnym, narazie prelegent nie wyciąga wniosków praktycznych z przedstawionego odczynu. W prognostyce trzeba uwzględnić zespół zjawisk a nie jedno. Bakterjemja gruźlicza Löwensteina nie nadaje się do dyskusji, zdaniem prelegenta, zachodzi tu błąd techniczny.

Kol. Chwalibogowski Art.: między poszczególnemi odczynami były duże odstępy, szkodliwych następstw nie trzeba się obawiać; gdy wrażliwość duża, używa się dużych rozcieńczeń. Z poprawy odczynu można wnioskować o poprawie klinicznej.

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

Towarzystwo Lekarzy Szkolnych.

Protokół posiedzenia z dnia 19 listopada 1931.
Przewodniczący: Dr. St. Kopczyński.

Przewodniczący poświęca słów kilka pamięci zmarłego lekarza szkolnego ś. p. dra Trenknera.

Zebrani przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

Następnie prof. dr. Hirszfeld wygłasza odczyt: *„W sprawie szczepień zapobiegawczych przeciwbłoniczych na terenie międzynarodowym"*.

Prelegent referuje sprawę badań, zainicjowanych przez Komitet Ligi Narodów w sprawie szczepień przeciwbłoniczych. Na Kongresie w Paryżu w r. 1929 zapadła uchwała, aby przebadać porównawczo na dużym materjale wszystkie szczepionki przeciwbłonicze i ich skuteczność. Badania te były prowadzone w ciągu 2 lat na terenie międzynarodowym i dały ogromny materjał kazuistyczny, przedstawiony na Kongresie w Londynie w 1931 r. Jako najlepsze ze wszystkich szczepionek została uznana anatoksyna. Należy dążyć jednak do uzyskania szczepionek o większej sile antygenowej i dających mniejsze odczyny. Referent omawia kazuistykę szczepienną poszczególnych państw, specjalnie nieogłoszone sprawozdanie amerykańskie, podkreślając znaczenie szczepień w mniejszych środowiskach, narażonych na zakażenie. W myśl uchwały Komisji w akcji masowej odczyny Schicka mogą nie być wykonywane.

Odczyt prof. Hirszfelda uzupełnia p. Dr. H. Sparrow i Dr. R. Kaczyński, przedstawiając sprawę szczepień zapobiegawczych przeciwbłoniczych na terenie Warszawy.

Akcję szczepień przeciwbłoniczych rozpoczęto w Warszawie 15. I. 1930. W ciągu 15 miesięcy pracy do 1. IV. 1931 nagromadził się materjał, który podajemy w zestawieniu.

Odczyny Schicka — zbadano u 18.829 dzieci (kolumny lotne i przychodnia Państwowego Zakładu Higjeny), w tem dodatnich odczynów było 7.100. Wrażliwość ogólna wynosi 37,7%. W obliczeniach zrobionych według grup wieku widzimy, że wrażliwość na błonicę obniża się równomiernie wraz z wiekiem. Dziewczynki poczynając od 5 lat są znacznie wrażliwsze od chłopców. Stopień wrażliwości stoi w bezpośredniej zależności od środowiska, w którem dzieci wzrastają. Dzieci proletarjatu żydowskiego są mniej wrażliwe, niż dzieci aryjskie, a wrażliwość tych w różnych okolicach miasta nie jest jednakowa.

W okresie sprawozdawczym w kolumnach lotnych (w 50 szkołach powszechnych, 8 przedszkolach, 9 gimnazjach, 6 żłóbkach i 10 zakładach wychowawczych) i w przychodni P. Z. H. 3-krotnie szczepiono 590 dzieci, 2-krotnie 3.585 i jednokrotnie 1671. Wyniki uodparniania zależą od wieku i płci szczepionych. Jednokrotne szczepienie zmieniło odczyn Schicka z dodatniego na ujemny tylko u 47 z 97, co stanowi 47,5%. Po dwukrotnem z liczby 928 dzieci zbadanych odpornych okazało się 738, co stanowi 79,5%. Po 3 szczepieniach wynik jest znacznie lepszy, tu na 189 zbadanych okazało się 177 odpornych czyli 93,7%.

Wyniki szczepienia zależą od wieku (im dziecko starsze, tem łatwiej się uodparnia), od płci (chłopcy uodparniają się łatwiej niż dziewczynki), od liczby szczepień (im więcej szczepień tem wynik jest lepszy) i wreszcie od stopnia wrażliwości pierwotnej (im wrażliwość jest większa a odczyn Schicka silniejszy, tem odsetek uodpornionych jest niższy).

W okresie sprawozdawczym stwierdzono 31 przypadków zachorowań na błonicę u dzieci szczepionych: w tem 3 po 3 szczepieniach, 12 po ukończeniu 2 szczepień, 16 w toku szczepienia.

Liczba zachorowań zmniejsza się w zależności od liczby szczepień. Dzieci szczepione 2-krotnie chorowały 2 razy rzadziej, niż dzieci szczepione 1 raz, a przebieg choroby był u nich naogół lżejszy.

Prelegenci nalegają na konieczność masowej akcji szczepień bez wykluczania z niej osobników odpornych na błonicę (t. j. Schick — ujemnych).

W dyskusji Dr. Korsakówna kwestjonuje możność przeprowadzenia szczepień masowych na terenie szkół średnich, seminarjów ze względu na bardzo nieznaczną ilość przypadków błonicy na terenie szkół i ograniczony czas lekarzy szkolnych. Za bardziej wydajne uważa propagandę i przeprowadzenie szczepień przez lekarzy sanitarnych dzieci młodszych w wieku przedszkolnym. Propaganda szczepień przeciwbłoniczych winna być robiona na terenie wszystkich instytucyj opieki nad dzieckiem.

Dr. Balicka wypowiada się radykalnie przeciwko szczepieniom masowym na terenie szkoły, gdyż dzieci szkolne zwłaszcza starszych oddziałów znajdują się poza linją niebezpieczeństwa błonicy.

Dr. Bejlis wypowiada się za szczepieniem na terenie szkoły tylko podatnych na błonicę (Schick — dodatnich).

Dr. Miklaszewska zaznacza, że w statystyce, na którą powołują się prelegenci zmniejszenie chorobowości na błonicę zależne jest nietylko wyłącznie od szczepień zapobiegawczych, lecz i od rozwoju opieki sanitarno-lekarskiej.

Dr. Jurjewicz zapytuje, jakie wyniki daje szczepienie przez zakraplanie szczepionek do nosa.

Dr. Uliński stwierdza bardzo nieznaczną ilość przypadków błonicy na terenie szkoły średniej i zapytuje, czy należy przed szczepieniem wykonywać badanie moczu.

Dr. Piotrowska podkreśla państwową skalę proponowanej akcji. Przypuszczając, że całkowite zniknięcie błonicy jako choroby zależne jest od: 1) masowości szczepień, 2) trzykrotności (obecna szczepionka), 3) od ponawiania szczepień, zapytuje prof

Hirszfelda, w jakim celu można się spodziewać owych nadzwyczaj pomyślnych wyników, jakie osiągnęły niektóre miasta Ameryki.

W odpowiedzi swej prof. dr. Hirszfeld broni idei szczepień masowych, jako leżących w dobrze zrozumianym interesie państwa. Stwierdza, że jakkolwiek błonica szerzy mniejsze spustoszenia — niż inne choroby zakaźne, to jednak, wobec posiadania dla jej całkowitego zniszczenia pewnego i dostępnego środka należy go zastosować. Ponieważ odporność nabyta drogą szczepienia nie jest dziedziczną jako cecha nabyta, szczepienia winny być ponawiane.

Dr. Sparrow wyjaśnia interpelantom: Dr. Balickiej, że odczyny poszczepienne są zjawiskiem rzadkiem, że naogół przebiegają łagodnie i nie mogą być przeciwwskazaniem proponowanej masowej akcji szczepień, Dr. Jurjewicz, że szczepienia przez nos są mozolne, wymagają częstszych niż trzykrotne powtarzań i nie dadzą się stosować masowo, Dr. Ulińskiemu: że ilość formaliny w szczepionce jest tak niewielka, że obawy jakichkolwiek powikłań ze strony nerek są płonne, a więc poprzedzające szczepienie badanie moczu zbędne.

Prelegentka radzi stosować za przykładem m. Łodzi szczepienia przeciwbłonicze podczas szczepienia ospy.

Sekretarz: *Dr. W. Piotrowska.*

Protokół z posiedzenia w Wydziale Wychowania Fizycznego i Higjeny Szkolnej Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z dnia 17 grudnia 1931 r.

Przewodniczący: Dr. St. Kopczyński.

1. Przewodniczący oznajmia, że na konkursie im. G. Piramowicza w Tow. Lekarskiem Warszawskiem nagrodę otrzymał Dr. J. Bogdanowicz za pracę p. t. *„Zarys rozwoju dziecka"* i za całokształt działalności higjeniczno-szkolnej. Przewodniczący składa mu powinszowania, a obecni witają to oklaskami.

2. Przed porządkiem dziennym inż. Okoński zademonstrował model higjenicznego obuwia i skarpetek własnego pomysłu. Zaleta przedstawionego modelu polega na tem, że jest on ściśle dostosowany do kształtu stopy.

3. W związku z nieprzybyciem na posiedzenie z powodu choroby Dr. Piotrowskiej, zapowiedziany przez nią odczyt nie doszedł do skutku, natomiast Dr. W. Goździcki wygłosił odczyt p. t.: *„O etycznych walorach wychowawczych, zawartych w grach ruchowych i sporcie"*. Zdaniem prelegenta walory te są następujące:

1) W grach ruchowych i sporcie króluje równość broni;

2) W grach ruchowych i sporcie liczba walczących z każdej strony jest jednakowa. Korzystają oni z jednakowych pozycyj i stanowisk i mają jednakowe prawa na zasadzie wspólnej umowy regulaminu.

3) Uczestnicy gier i sportów w charakterze sędziów ćwiczą się w wydawaniu wyroków na zasadzie kodeksu obowiązującego związki sportowe.

4) Gry i sporty uczą chłopców przezwyciężać pierwotne popędy, uczą ich bowiem wspaniałomyślności i rycerskości zarówno w charakterze zwycięzców, jak i zwyciężonych.

5) Gry i sporty urabiają poczucie sprawiedliwości nietylko w uczestnikach rozgrywek, ale i w widzach.

6) Gry i sporty są terenem szlachetnej emulacji.

7) Gry i sporty wyrabiają poczucie godności osobistej, karności, solidarności i przygotowują do dźwigania odpowiedzialności osobistej w imię zasady: „Jeden za wszystkich, wszyscy za jednego".

Wkońcu swego przemówienia prelegent popiera swe wywody przykładami zaczerpniętemi z życia społecznego, stojących na wysokim stopniu kultury cielesnej, przedewszystkiem Anglików. Wreszcie nawołuje nauczycieli gimnastyki i kierowników wychowania fizycznego w Polsce, aby mieli zawsze przed oczyma ideał umysłowo-moralny, który winien być złączony z rozwojem fizycznym.

W dyskusji: Dr. Fr. Ks. Cieszyński podnosi doniosłość poruszonego tematu, zwłaszcza w dobie obecnej. Sporty i gry ruchowe — to najlepszy sposób walki z alkoholizmem, nikotynizmem, grą w karty i rozpustą. Mówca przeciwny jest obdarzaniu zwycięzców puharami, jako symbolem pijaństwa, radzi dawać zwycięzcom książki lub dzieła sztuki.

Dr. Raszpiehler zachęca kolegów do ubiegania się o państwową odznakę sportową i o propagowanie jej wśród młodzieży.

Dr. Tomaszewski z oburzeniem wspomina o stosowaniu w pewnych klubach członkom, biorących udział w rekordach, środków podniecających.

Przewodniczący wspomina o niebezpieczeństwa płynących ze zwyrodnienia sportu.

Sekretarz. *Dr. Mucho.*

Towarzystwo Lekarzy Polskich b. Galicji. Oddział stanisławowski.

Posiedzenia naukowe w roku 1931.

I. 29. I. 1931. 1) Dr. Gutt: Nowe kierunki w położnictwie — wykład. 2) Dr. Lachmund: Zespół chorobowy opadnięcia trzew i jego leczenie — wykład.

II. 6. III. 1931. Dr. Gawenda: Wskazania i technika operacyi położniczych kleszczami Kielanda — wykład.

III. 27. III. 1931. 1) Dr. Barcikowski: Demonstracje chorych z oddziału chirurg. szpitala powsz.: a) przypadek ropowicy oczodołu; b) przypadek operacji wytwórczej zesztywniałej ręki (resekcja stawu nadgarstkowego, plastyka ścięgien oraz skóry metodą włoską). 2) Dr. Mossor: O pochodzeniu, podziale i roli ciałek krwi — wykład.

IV. 17. IV. 1931. Dr. Mossor: Demonstracje chorych z oddziału wewnętrznego szpitala powszechnego: a) przypadek pyodermji z ciężkim obrazem zakażenia ogólnego, wyleczony nowarsenobenzolem i propidonem; b) przypadek *endocarditis lenta*. 2) Dr. Miksiewiczówna: *Angina scarlatinosa necroticans* — referat. 3) Dr. Mossor: O obrazie krwi według Schillinga i jego zastosowania w praktyce — wykład.

V. 29. V. 1931. 1) Dr. Ferensiewicz: Pokaz chorej z promienicą kątnicy z przetokami powłok brzusznych. 2) Dr. Mossor: Ostra białaczka szpikowa — z pokazem przypadku. 3) Dr. Mossor: O zakażeniu pałeczką Banga u człowieka — z pokazem przypadku.

VI. 12. VI. 1931. 1) Dr. Mossor: Pokazy chorych: a) *pericarditis exsudat. haemor. tbc.* (płyn gromadził się w tak znacznej ilości i szybko, że musiano usuwać go 2—3 razy tygodniowo w ilościach 800—1200 cm³ jednorazowo); b) *aneurysma aortae* z równoczesnym wiądem rdzenia. 2) Dr. Lachmund: Pokazy leczonych operacyjnie mięsaków a) szczęki dolnej, b) ramienia. 3. Dr. Barcikowski: Następstwa sztucznych poronień — wykład.

VII. 25. VI. 1931. Dr. Lachmund: O chorobie Recklinghausena (torbielowo-włókniste schorzenie kości) — drukowane w Pol. Przeglądzie chirurg. Tom X, zeszyt IV. 1931.

VIII. 10. X. 1931. 1) Dr. Mossor: Pokazy chorych: a) trzy przypadki centralnego i płatowego zapalenia płuca leczone kamfochiną; we wszystkich krytyczny spadek gorączki w ciągu tygodnia po pierwszym zastrzyku; b) przypadek bloku sercowego przy zwężeniu zastawki dwudzielnej z tętnem 18—42 na minutę. 2) Dr. Lachmund: Pokazy chorych: a) przypadek niedrożności jelita cienkiego wywołanej przez kamień żółciowy wielkości jaja kurzego — wyleczony operacyjnie; b) przypadek ciąży trąbkowej prawej pękniętej przy równoczesnej ciąży śródmacicznej trzymiesięcznej — wyleczony operacyjnie przy utrzymaniu ciąży prawidłowej; c) przypadek przetoki oskrzelowej w następstwie ropnia w płucu — wyleczony torakoplastyką. 3) Dr. Zabokrzycki: O cholecystografji z pokazem rentgenogramów.

Sekretarz: *Dr. Hickiewicz.*
Przewodniczący: *Dr. M. Ferensiewicz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr. Barbara Szancer, okulistka w Krakowie.

Dr. Leon Kopff, b. lekarz rządowy Krynickiego Zakładu Zdrojowego w Krakowie.

Prof. Max Joseph, znany dermatolog zmarł w Berlinie.

Komunikaty.

Towarzystwa Bratniej Pomocy łącznie z Wzajemną Pomocą Medyków U. J. K. wydały wspólną odezwę do polskiego społeczeństwa Lwowa i Ziem Południowo-Wschodnich z prośbą o pieniężne datki na „specjalny fundusz opłatowy". Z funduszu tego mają być udzielane wsparcia na pokrycie opłat akademickich, na wyższych Uczelniach dla najbardziej potrzebujących z polskiej młodzieży akademickiej, studjującej we Lwowie, bez względu na przynależność do Stowarzyszeń Akademickich. Kontrolę akcji mają przeprowadzać Kuratorowie Towarzystw z ramienia Senatów Uczelni. Datki należy wpłacać na konto P.K.O. Nr. 146.926 ze wzmianką „Biuro opłat".

Redakcja otrzymała:

Kasa Chorych w Sosnowcu. Sprawozdanie z działalności za rok 1931.

L. Lorentowicz: O sposobach zapobiegania ciąży. Neumann i Tomaszewski. Włocławek 1933.